

**HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DAN PERILAKU
KELUARGA PADA PENANGANAN AWAL KEJADIAN STROKE**

SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



Oleh

MARINA T.N ROSMARY

NIM 22020117183016

DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS DIPONEGORO

SEMARANG

2019

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Marina T.N Rosmary
NIM : 22020117183016
Fakultas/Departemen : Kedokteran/ Ilmu Keperawatan
Jenis : Skripsi
Judul : Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku
Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian
Stroke

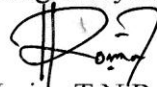
Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas *royalty* kepada perpustakaan Departemen Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), mendistribusikan serta menampilkan dalam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademis kepada perpustakaan Departemen Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak perpustakaan Departemen Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 27 Mei 2019

Yang menyatakan



Marina T.N Rosmary

SURAT PERNYATAAN PLAGIARISME

Nama : Marina T.N Rosmary
TempatTanggallahir : Arawea, 18 Juni 1983
Alamat : Bhoakora, RT/RW:03/05, Desa Ndururea 1,
Kec. Nangapanda, Kab. Ende, NTT.
No. Tlp/Hp : 081236098488
Email : rienrosmary83@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke” bebas dari *plagiarism* dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila di kemudian hari sebagian atau seluruh bagian dari penelitian karya ilmiah dan hasil penelitian tersebut terdapat indikasi *plagiarism*, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa ada unsure paksaan dari siapapun.

Semarang, 27 Mei 2019

Pembuat Pernyataan



Marina T.N Rosmary

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa **skripsi** yang berjudul :

HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DAN PERILAKU KELUARGA PADA PENANGANAN AWAL KEJADIAN STROKE

Dipersiapkan dan disusun oleh

Nama : Marina T.N Rosmary

NIM : 22020117183016

Telah disetujui sebagai laporan penelitian dan dinyatakan telah memenuhi
syarat untuk di *review*

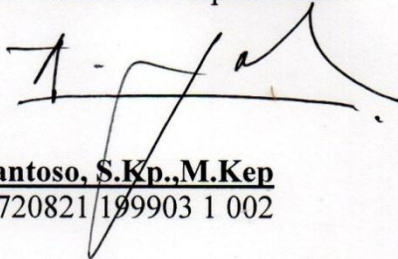
Pembimbing



Fitria Handayani, M.Kep.Sp.KMB

NIP. 19781014 200312 2 001

Mengeahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan



Agus Santoso, S.Kp.,M.Kep

NIP. 19720821 199903 1 002

LAMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :

HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DENGAN PERILAKU KELUARGA PADA PENANGANAN AWAL KEJADIAN STROKE

Dipersiapkan dan disusun oleh

Nama : Marina T.N Rosmary

NIM : 22020117183016

Telah diuji pada tanggal 13 Juni 2019 dan telah memenuhi syarat
untuk mendapatkan gelar sarjana keperawatan

Penguji 1



Ns. Yuni Dwi Hastuti, S.Kep.,M.Kep
NIP. 19870626 201504 2 003

Penguji II



Muhammad Hasib Ardani, S.Kp.M.Kes
NIP. 19741218 201012 1 001

Penguji III



Fitria Handayani, M.Kep.Sp.KMB
NIP. 19781014 200312 2 001

Mengetahui
Ketua Departemen Keperawatan



Dr. Untung Sujianto, S.Kp..M.Kes
NIP. 19710919 199403 1 001

PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penyusunan Skripsi yang berjudul **“Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke”**. Penyusunan skripsi ini berguna untuk memenuhi dan melengkapi syarat dalam menempuh gelar Sarjana Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak baik dari dosen pembimbing, dosen penguji, teman-teman seperjuangan serta keluarga tercinta. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal ini masih terdapat banyak kekurangan. Kritik dan saran dari pembaca sangat peneliti harapkan. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya dalam bidang Keperawatan.

Semarang, 27 Mei 2019

Penulis

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada peneliti sehingga dapat menyelesaikan penyusunan skripsi dengan judul **“Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke”**.

Penulisan skripsi ini sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan strata (S1) Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari arahan, bimbingan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak. Untuk itu peneliti menyampaikan ucapan terima kasih, khususnya kepada:

1. Bapak Dr. Untung Sujianto, S.Kp.,M. Kes., selaku Ketua Departemen Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
2. Bapak Agus Santoso, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
3. Ibu Fitria Handayani, M.Kep.Sp.KMB selaku dosen pembimbing skripsi yang dengan sabar telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.
4. Ibu Ns. Yuni Dwi Hastuti, S.Kep.,M.Kep selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan kepada penulis.
5. Bapak Muhammad Hasib Ardani, S.Kp.M.Kes, selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan kepada penulis.
6. Ibu Rita Hadi W,S.Kp.,M.Kep.Sp.Kep.Kom dan Bapak Ns. Arif Basuki Rahmat, S.Kep.,MANP yang bersedia melakukan *Content validity* kuesioner penelitian
7. Seluruh civitas akademika PSIK FK UNDIP yang telah memberikan pelayanan dan fasilitas kepada penulis.
8. Pimpinan RSUD K.R.M..T. Wongsonegoro Semarang yang telah memberikan ijin untuk pengambilan data awal dan melakukan penelitian di rumah sakit tersebut.
9. Pimpinan RSUD Tugurejo Semarang yang telah memberikan ijin untuk uji validitas kuesioner.
10. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang yang telah memberikan ijin untuk pengambilan data awal dan melakukan penelitian di RSUD K.R.M.T.Wongsonegoro Semarang.
11. Keluarga pasien stroke yang telah berkenan menjadi responden dalam penelitian ini.

12. Kementerian Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Propinsi NTT, Pemerintah Daerah Kab. Ende, Dinas Kesehatan Kab. Ende dan Puskesmas Riaraja bersama rekan – rekan sejawat yang telah memberikan dukungan.
13. Kedua orang tuaku Bapak Thomas Tuga, Ibu Benedikta Paba dan Mama Martina Asa yang selalu mendoakan, mendukung dan memotivasi penulis dalam keadaan apapun.
14. Suamiku terkasih dan putra kami tersayang yang selalu melambungkan Doa mereka dari Surga.
15. Saudara – saudariku, ipar serta ponakan - ponakanku yang selalu memotivasi dan mendukung.
16. Teman – teman seperjuangan angkatan B17 yang selalu memberikan motivasi dan dukungannya.
17. Semua pihak yang telah banyak membantu penyusunan skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan. Kritik dan saran dari pembaca sangat peneliti harapkan. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya dalam bidang Keperawatan.

Semarang, 27 Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN DEPAN.....	i
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA TULIS.....	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
UCAPAN TERIMA KASIH.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
ABSTRAK.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1. Tujuan Umum.....	6
1.3.2. Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Pengetahuan Keluarga tentang Stroke	8
2.2 Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Stroke.....	24
2.3 KerangkaTeori	32
BAB III METODE PENELITIAN	33
3.1 Kerangka Kosep.....	33

3.2 Hipotesis.....	33
3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian	33
3.4 Populasi dan Sampel Penelitian	34
3.5 Tempat dan Waktu Penelitian	36
3.6 Variabel Penelitian, Defenisi Operasional dan Skala Pengukuran	37
3.7 Instrumen Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	40
3.8 Teknik Pengolahan dan Analisa Data	48
3.9 Etika Penelitian	52
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	54
4.1 Analisa Univariat	54
4.2 Analisa Bivariat	58
BAB V PEMBAHASAN	60
5.1 Gambaran Pengetahuan Keluarga tentang Faktor Resiko dan Gejala Awal Stroke	60
5.2 Gambaran Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Stroke	63
5.3 Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke	67
5.4 Keterbatasan Penelitian.....	72
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	73
6.1 Kesimpulan	73
6.2 Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA	76
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
1	Defenisi Operasional	39
2	Kisi-kisi kuesioner penelitian	42
3	Pengkategorian Variabel	51
4	Tendensi Sentral pengetahuan keluarga tentang faktor resiko dan gejala awal stroke	54
5	Distribusi Frekuensi Gambaran Pengetahuan tentang Faktor Resiko Stroke	55
6	Distribusi Frekuensi Gambaran Pengetahuan tentang Gejala Awal Stroke	56
7	Tendensi Sentral perilaku keluarga pada penanganan awal stroke	57
8	Distribusi Frekuensi Gambaran Perilaku pada Penanganan Awal Stroke	58
9	Analisis Uji Statistik Korelasi Penegetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke	59

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
1	Kerangka Teori	32
2	Kerangka Konsep	33

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Keterangan
1	Surat Permohonan Ijin Pengambilan Data Awal Proposal Penelitian di RSUD K.R.M.T.Wongsonegoro Semarang
2	Surat Ijin Pengambilan data awal dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
3	Permohonan Ijin menggunakan kuesioner pengetahuan
4	Permohonan Ijin menggunakan kuesioner Perilaku
5	Surat permohonan <i>Ethical Clearance</i> / EC
6	<i>Ethical Clearance</i> / EC
7	Surat Permohonan Uji Expert kuesioner penelitian
8	Surat Permohonan Uji Validitas dan Reliabilitas
9	Surat Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas dari RSUD Tugurejo Semarang
10	Surat keterangan lulus uji etik dari RSUD Tugurejo Semarang
11	Surat Permohonan Ijin Penelitian
12	Surat Ijin Penelitian dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
13	Surat Ijin Penelitian dari RSUD K.R.M.T.Wongsonegoro Semarang
14	Lembar Informed Consent
15	Kuesioner Penelitian Pengetahuan keluarga tentang faktor resiko dan gejala awal serta perilaku keluarga di rumah
16	Lembar Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas menggunakan program komputer
17	Lembar hasil Penelitian menggunakan program komputer
18	Lembar Jadwal Kegiatan

19	Lembar Catatan Hasil Konsultasi
20	Lembar Waktu Penelitian

ABSTRAK

Departemen Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro
Mei 2019

Marina T.N Rosmary

Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke

Xvi + 78 halaman + 9 tabel + 2 gambar + 20 lampiran

Penanganan awal stroke yang cepat dan tepat dapat mengurangi angka kematian dan resiko kecacatan. Hal ini didukung oleh adanya pengetahuan tentang faktor resiko dan gejala awal stroke. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan keluarga dengan perilaku keluarga pada penanganan awal kejadian stroke. Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Teknik sampling yang digunakan yaitu *non probability sampling* jenis *accidental sampling*. Penelitian dilaksanakan di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang pada bulan Mei 2019. Responden yang diteliti sebanyak 77 orang yaitu keluarga dari pasien saat serangan stroke berlangsung. Alat penelitian ini berupa kuesioner. Untuk kuesioner pengetahuan terdiri dari 30 pertanyaan sedangkan kuesioner perilaku 9 pertanyaan. Hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan keluarga dengan perilaku keluarga dengan nilai $p=0.000$ dan $r=0,839$. Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat hubungan antara pengetahuan dan perilaku dengan kekuatan korelasi antar kedua variabel kuat dan menunjukkan arah korelasi positif dimana semakin tinggi pengetahuan maka semakin baik perilaku keluarga. Intervensi keperawatan untuk meningkatkan pengetahuan tentang faktor resiko dan gejala awal stroke serta penatalaksanaan di rumah saat serangan perlu dikembangkan.

Kata Kunci : Penanganan Awal, Pengetahuan, Perilaku, Stroke

Daftar Pustaka : 46 (1993 - 2019)

Abstract

Nursing Department
Medicine Faculty
Diponegoro University
May 2019

Marina T. N Rosmary

Family Knowledge Relationship and Family Behavior on Early Stroke Handling

xvi + 78 pages + 9 tables + 2 images + 20 attachments

Quick and precise handling of stroke can reduce mortality and risk of disability. This is supported by the knowledge of risk factors and early symptoms of stroke. This Research aims to determine the relationship between family knowledge and family behavior in the initial handling of stroke events. This research uses correlational descriptive design with *cross-sectional approach*. The sampling technique uses *Non Probability Sampling* type *Accidental Sampling*. The research was held at RSUD K.R.M. T Wongsonegoro Semarang in May 2019. The respondents Researched were 77 people, namely the family of patients during the stroke. For a knowledge questionnaire consists of 30 questions while a behavioral questionnaire 9 questions. The result of bivariate analysis indicates there is a relationship between family knowledge and family behavior with the value $P = 0.000$ and $r = 0.839$. The conclusion of this research is there ia a relationship between knowledge and behavior with correlation power between the two strong variables and indicate the direction of positive correlation where the higher the knowledge then the better the Family behavior. Nursing intervention to increase knowledge about the risk factors and early symptoms of stroke and management at home when attacks need to be developed.

Keywords: **Initial Handling, Knowledge, Behavior, Stroke.**

Bibliography: 46 (1993-2019)

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Stroke saat ini harus dipandang sebagai kedaruratan medis selain serangan jantung. Keterlambatan untuk mendapatkan pertolongan medis dapat meningkatkan jumlah kematian dan kecacatan.¹ Data yang didapat dari WHO tahun 2016, stroke membunuh satu orang setiap enam detik di dunia. Dengan perkiraan setiap tahun 15 juta orang menderita stroke. Dimana lima juta penderita mengalami kematian dan lima juta penderita stroke lainnya mengalami kecacatan.²

Data dari Riskesdas tahun 2018 ditemukan prevalensi stroke di Indonesia sebesar 10,9 per 1.000 penduduk. Stroke lebih banyak menyerang pada penderita usia >75 tahun 50,2 per 1.000 penduduk, pada jenis kelamin laki-laki 11,0 per 1.000 penduduk, penduduk daerah perkotaan 12,6 per 1.000 penduduk, tidak/belum pernah sekolah 21,2 per 1.000 penduduk dan tidak bekerja 21,8 per 1.000 penduduk.³ Berdasarkan profil kesehatan provinsi Jawa Tengah tahun 2015, proporsi kasus baru penyakit tidak menular khususnya penyakit stroke sebanyak 2,22 %.⁴

Gejala klinis stroke yang timbul tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasi.^{5,6} Kejadian stroke diawali dengan gejala berupa muka terasa tebal, telapak kaki dan tangan kebas/mati rasa, secara mendadak merasa lemas di bagian lengan atau kaki terutama di satu sisi tubuh saja, kesulitan berjalan, pusing, hilangnya keseimbangan/koordinasi tubuh

secara mendadak, kesulitan untuk berbicara, mengerti, atau bingung secara tiba-tiba, kesulitan untuk melihat dengan satu atau dua mata secara mendadak, dan nyeri kepala mendadak tanpa penyebab yang jelas.^{5,6}

Gejala-gejala awal stroke tersebut perlu dikenali agar penanganan stroke secara dini dapat dilakukan dengan baik dimulai dari penanganan prahospital yang cepat dan tepat. Keberhasilan penanganan stroke akut dimulai dari pengetahuan masyarakat dan petugas kesehatan, bahwa stroke merupakan keadaan gawat darurat sehingga penanganan stroke dapat dilakukan secepat mungkin.⁶ Penanganan stroke harus dilakukan secara dini oleh keluarga. Keluarga diharapkan mempunyai pengetahuan dalam mengenali tanda awal stroke sehingga dapat mengambil keputusan untuk segera membawa pasien ke fasilitas kesehatan atau memanggil tim *emergency*.⁵

Penatalaksanaan stroke secara umum dilakukan untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian.⁶ Stroke yang terlambat mendapat penanganan akan mengakibatkan kelumpuhan luas dan gangguan pada kognitif. Seperempat dari jumlah penderita stroke iskemik yang dirawat di rumah sakit adalah setelah enam jam serangan.⁷ Efektifitas dari tindakan akan semakin menurun jika semakin lama tenggang waktu antara serangan stroke dan penanganan awal. Keberhasilan tindakan sangat tergantung terhadap upaya meminimalkan keterlambatan untuk segera diantar ke fasilitas kesehatan.⁸

Terlambatnya penanganan terhadap kejadian stroke sekitar 83,9% disebabkan oleh keterlambatan pra rumah sakit. Penyebab pertama keterlambatan sebanyak 62,3% karena kurangnya pengetahuan keluarga

tentang faktor resiko dan peringatan gejala stroke sehingga menyepelekan tanda-tanda dini stroke, keluarga dan penderita berharap gejala dan tanda akan menghilang 2,7% serta sebanyak 7,1% penderita stroke yang tinggal sendiri, penderita yang tinggal jauh dari sarana kesehatan/masalah demografi, serta ketiadaan sarana transportasi dan masalah ekonomi.⁹

Penelitian oleh Hariyanti menjelaskan bahwa peran keluarga dalam penanganan awal kejadian stroke sangat membantu dalam mengatasi masalah keterlambatan penanganan stroke. Ada beberapa tindakan yang dilakukan keluarga pada saat kejadian stroke antara lain penderita langsung diantar kerumah sakit agar segera mendapatkan penanganan, diantar terlebih dahulu ke petugas kesehatan (dokter, perawat, bidan) maupun non petugas kesehatan (tukang pijit, pengobatan herbal, paranormal) sebelum ke rumah sakit, ataukah diantar ke petugas kesehatan dan non kesehatan tanpa dibawa ke rumah sakit.¹⁰

Keterlambatan manajemen stroke akut dapat terjadi pada beberapa tingkat. Pada tingkat populasi, hal ini dapat terjadi karena ketidaktahuan keluhan stroke dan kontak pelayanan gawat darurat.¹¹ Keterlambatan pertolongan pada fase prahospital harus dihindari dengan pengenalan keluhan dan gejala stroke bagi pasien dan orang terdekat. Pada setiap kesempatan, pengetahuan mengenai keluhan stroke, terutama pada kelompok resiko tinggi (hipertensi, atrial fibrilasi, kejadian vaskuler lain dan diabetes) perlu disebarluaskan. Seseorang yang mempunyai pengetahuan yang kurang tentang faktor resiko dan peringatan gejala stroke cenderung terlambat memberikan penanganan awal terhadap stroke.¹²

Penelitian yang dilakukan oleh Rachmawati didapatkan rata-rata keterlambatan kedatangan penderita ke instalasi gawat darurat sekitar 23 jam 12 menit (87,9 %) setelah serangan stroke, hal ini dikarenakan keluarga pasien tidak mengetahui jika stroke merupakan keadaan gawat darurat yang memerlukan pertolongan segera sehingga cenderung tidak segera diantar ke fasilitas kesehatan atau mencari pertolongan. Keluarga diharapkan agar mempunyai pengetahuan yang baik tentang peringatan gejala stroke, mampu mengenali dan menginterpretasikan stroke dengan segera mengantar pasien ke fasilitas kesehatan/mencari bantuan kesehatan, segera mengaktivasi layanan gawat darurat (EMS) dan mengantar penderita ke instalasi gawat darurat.⁸

Pengalaman aktual dari tempat kerja peneliti didapatkan bahwa pasien yang diantar ke Puskesmas atau rumah sakit kurang lebih enam jam bahkan sampai satu atau dua hari setelah serangan stroke. Hal ini dikarenakan ketidaktahuan keluarga yang mengira bahwa itu hanya gejala lemas pada anggota gerak dan keluarga tidak mengetahui tindakan apa yang harus dilakukan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan antara pengetahuan keluarga dengan perilaku keluarga pada penanganan awal kejadian stroke”.

1.2. PERUMUSAN MASALAH

Penderita stroke pada awal terkena stroke perlu penanganan secara cepat dan tepat agar tidak menyebabkan keadaan yang lebih parah atau bahkan kematian.¹³ Besarnya angka kejadian, kematian dan kecacatan akibat penyakit

stroke tersebut secara signifikan akan meningkatkan beban penyakit dan juga akan memperbesar biaya perawatan stroke yang dikeluarkan sehingga akan semakin meningkatkan beban keluarga maupun masyarakat secara keseluruhan. Salah satu upaya yang dilakukan untuk menurunkan beban akibat penyakit stroke tersebut adalah meningkatkan *outcome* dengan memberikan tindakan atau penanganan segera setelah serangan stroke serta memberikan pelayanan yang komprehensif selama perawatan di rumah sakit. Sekitar 80% penderita stroke datang ke rumah sakit lebih dari tiga jam setelah serangan. Keterlambatan ini merupakan masalah utama yang dihadapi penderita stroke untuk mendapatkan pertolongan segera.⁷

Kecepatan penderita datang ke instalasi gawat darurat dan ketepatan perawat dapat menurunkan resiko perburukan neurologis, meminimalkan kecacatan bahkan kematian. Kurangnya pengetahuan keluarga penderita mengenai faktor resiko dan peringatan gejala stroke serta kurangnya informasi bahwa stroke merupakan kondisi gawat darurat yang memerlukan pertolongan segera sehingga keluarga penderita cenderung tidak segera membawa penderita ke rumah sakit atau mencari pertolongan.⁸

Hasil studi pendahuluan yang didapat dari rekam medik RSUD Kanjeng Raden Mas Tumenggung (K.R.M.T) Wongsonegoro Semarang didapatkan bahwa jumlah pasien yang mengalami stroke Non Hemoragik dari bulan Januari sampai bulan Juni 2018 sebanyak 570 orang dengan rincian rawat inap 509 dan rawat jalan 61 penderita. Hasil wawancara yang dilakukan terhadap lima orang keluarga yang menemani pasien menjalani pengobatan di

rumah sakit, empat diantaranya menyatakan bahwa mereka tidak mengetahui gejala awal stroke sehingga setelah mengalami serangan stroke lebih dari tiga jam baru diantar ke fasilitas kesehatan. Mereka merasa gejala yang dirasakan merupakan hal yang biasa sehingga mereka tetap melakukan aktivitas seperti biasanya.

Berdasarkan uraian diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana hubungan antara pengetahuan keluarga dengan perilaku keluarga pada penanganan awal kejadian stroke”.

1.3. TUJUAN PENELITIAN

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan keluarga dengan perilaku keluarga pada penanganan awal kejadian stroke.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1.3.2.1. Mengidentifikasi gambaran pengetahuan keluarga tentang faktor resiko dan gejala awal stroke.
- 1.3.2.2. Mengidentifikasi gambaran perilaku keluarga pada penanganan awal kejadian stroke.
- 1.3.2.3. Mengetahui hubungan antara pengetahuan keluarga dengan perilaku keluarga pada penanganan awal kejadian stroke.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan peneliti dalam merencanakan, melaksanakan dan menyusun suatu penelitian ilmiah serta memberikan pengalaman dalam mengaplikasikan ilmu keperawatan berkaitan dengan pentingnya peran keluarga dalam menangani kejadian awal stroke.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat dijadikan referensi dalam bidang keperawatan khususnya mengenai pemenuhan peran keluarga dalam penanganan awal kejadian stroke. Sehingga mahasiswa dapat memberikan penjelasan kepada penderita dan keluarga tentang pentingnya penanganan cepat kasus stroke untuk mengurangi kecacatan dan menghindari kematian.

1.4.3 Bagi Keluarga Pasien

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai gambaran bagi pasien dan keluarga mengenai pentingnya penanganan cepat terhadap kejadian stroke agar menghindari kecacatan permanen bahkan kematian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG STROKE

2.1.1. Konsep Dasar Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu yang terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan/kognitif merupakan hal yang sangat penting/mendasari proses perubahan untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*).¹⁴

Tingkat pengetahuan seseorang secara rinci terdiri dari enam tingkatan, yaitu:¹⁴

1. Tahu/ *Know*

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk mengingat kembali/*recall* terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari/rangsang yang diterima. Tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami/ *Comprehension*

Merupakan suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar, dapat menyebutkan contoh, menyimpulkan dan meramalkan obyek yang dipelajari.

3. Aplikasi/ Application

Merupakan suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi/ kondisi real atau yang sebenarnya. Dapat menggunakan rumus, metode serta prinsip dalam situasi yang lain.

4. Analisis/ Analysis

Merupakan kemampuan untuk menjabarkan materi/obyek didalam struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu dengan yang lain (dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan serta mengelompokkan).

5. Sintesis/ *Synthesis*

Merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan/ menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Kemampuan untuk menyusun suatu formasi-formasi yang ada.

6. Evaluasi/ Evaluation

Merupakan pengetahuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi/obyek. Penilaian-penilaian yang dilakukan berdasarkan suatu kriteria yang telah ada.

2.1.2. Cara Memperoleh Pengetahuan

2.1.2.1. Cara Tradisional/ Non Ilmiah

Cara kuno/tradisional ini dipakai untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sebelum ditemukannya metode ilmiah/metode penemuan

secara sistematis dan logis. Cara- cara penemuan pengetahuan pada periode ini yaitu:¹⁵

1. Cara coba salah/ *trial and error*

Cara ini dipakai sebelum adanya kebudayaan/sebelum adanya peradaban. Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah. Jika tidak berhasil maka akan dicoba dengan kemungkinan yang lain.

2. Cara kekuasaan/ otoritas

Prinsip cara ini adalah orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai aktivitas tanpa terlebih dahulu menguji/membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan fakta empiris/penalaran sendiri. Hal ini disebabkan karena orang menerima pendapat tersebut menganggap bahwa apa yang dikemukakannya adalah benar.

3. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan/suatu cara memperoleh kebenaran pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan pada masa yang lalu. Namun tidak semua pengalaman pribadi dapat menuntun seseorang untuk menarik kesimpulan dari pengalaman yang benar, diperlukan berpikir kritis dan logis.

4. Melalui jalan pikiran

Pengetahuan diperoleh dengan menggunakan jalan pikirannya, baik induksi maupun deduksi. Induksi merupakan proses pembuatan kesimpulan melalui pernyataann-pernyataan khusus pada umum, sedangkan deduksi merupakan proses pembuatan kesimpulan dari pernyataan umum ke khusus.

2.1.2.2. Cara Modern/ Ilmiah

Cara memperoleh pengetahuan yang lebih sistematis, logis dan ilmiah. Dengan cara mengadakan observasi langsung dan membuat pencatatan-pencatatan terhadap semua fakta sehubungan dengan obyek penelitiannya.¹⁵

2.1.3. Pengertian Stroke

Stroke merupakan suatu sindrom yang mempunyai ciri khas yaitu suatu serangan secara tiba-tiba, nonkonvulsif yang diakibatkan karena adanya gangguan pada peredaran darah otak non traumatik.^{1,16}

Stroke merupakan gangguan saraf permanen akibat terganggunya peredaran darah ke otak, yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih. Sindrom klinis ini terjadi secara mendadak serta bersifat progresif sehingga menimbulkan kerusakan otak secara akut.¹⁶⁻¹⁸

Stroke merupakan kehilangan fungsi otak secara mendadak akibat gangguan suplai darah ke otak.²⁰

2.1.4. Klasifikasi stroke

2.1.4.1. Klasifikasi stroke berdasarkan keadaan patologis, terdiri atas:^{16,19,20}

1. Stroke Hemoragik

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid yang disebabkan karena pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Biasa terjadi pada saat melakukan aktivitas/ saat aktif. Namun dapat juga terjadi pada saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun.

Stroke hemoragi dibagi menjadi dua jenis antara lain:

a. Perdarahan Intraserebral

Pembuluh darah karena hipertensi mengakibatkan darah masuk kedalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan oedema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat sehingga mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Sering dijumpai pada daerah putamen, talamus, pons dan serebelum.

b. Perdarahan Subaraknoid

Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subaraknoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, meregangnya struktur peka nyeri sehingga menimbulkan nyeri kepala yang hebat

2. Stroke Non Hemoragik/ Iskemia

Berupa iskemia/ emboli dan trombosis serebral yang terjadi karena suplai darah ke jaringan otak yang berkurang. Biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau dipagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan terjadinya edema sekunder. Kesadaran pasien umumnya baik.

2.1.2.2 Klasifikasi stroke berdasarkan perjalanan penyakit yaitu:^{16,19,20}

1. Transient Iskemic Attac (TIA)

Gangguan neurologi focal yang timbul secara tiba-tiba dan menghilang dalam beberapa menit sampai beberapa jam. Gejala yang muncul akan hilang secara spontan dalam waktu kurang dari 24 jam.

2. Progresif (Stroke in Evolution)

Perkembangan stroke secara perlahan- lahan sampai akut, munculnya gejala makin memburuk. Proses progresif beberapa jam sampai beberapa hari.

3. Stroke lengkap (Stroke complete)

Gangguan neurologik yang timbul sudah menetap/ permanen, maksimal sejak awal serangan dan sedikit memperlihatkan perbaikan.

2.1.5. Penyebab Stroke

1. Trombosis Serebral

Terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti disekitarnya. Biasa terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur, karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis sering memburuk pada 48 jam setelah trombosis. Keadaan yang dapat menyebabkan trombosis otak antara lain: aterosklerosis, hiperkoagulasi pada polisitemia, arteritis/radang pada arteri dan emboli.^{1,16,19}

2. Hemoragik

Perdarahan intrakranial/intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak membengkak, jaringan otak tertekan sehingga terjadi infark otak, edema dan mungkin herniasi otak.^{1,16,19}

3. Hipoksia umum

Penyebab yang berhubungan yaitu hipertensi yang parah, henti jantung- paru, serta penurunan curah jantung akibat aritmia.^{1,16,19}

4. Hipoksia setempat

Penyebab yang berhubungan yaitu spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subaraknoid serta vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.^{1,16,19}

2.1.6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata- rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral.

Pada stroke akut gejala klinis meliputi:^{1,16}

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) yang timbul secara mendadak karena lesi pada hemisfer yang berlawanan.
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
3. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma), terjadi karena lobus temporalis medial mengalami infark.
4. Afasia (kesulitan dalam bicara).
5. Disatria (bicara cadel atau pelo)

6. Gangguan penglihatan, diplopia (penglihatan ganda) diakibatkan karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual.
7. Apraksia/ ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya, terjadi karena gangguan peredaran darah ke batang otak.
8. Verigo, mual, muntah dan nyeri kepala

2.1.7. Pengetahuan Keluarga Tentang Faktor Resiko Stroke

Beberapa faktor yang menjadi pemicu terjadinya stroke antara lain:^{16,19}

1. Usia

Makin bertambahnya usia maka resiko stroke akan semakin tinggi, hal ini berhubungan dengan elastisitas pembuluh darah.

2. Jenis kelamin

Laki- laki mempunyai kecenderungan lebih tinggi untuk terserang stroke

3. Ras dan keturunan

Stroke lebih sering ditemukan pada yang berkulit putih

4. Hipertensi

Penyakit hipertensi menyebabkan aterosklerosis pembuluh darah serebral sehingga lama- kelamaan pembuluh darah akan pecah yang menimbulkan perdarahan (stroke haemoragik)

5. Penyakit jantung

Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan kardiak output, yang mengakibatkan terjadinya gangguan perfusi serebral.

6. Diabetes Melitus

Pada penyakit Diabetes Melitus terjadi gangguan vaskuler, sehingga terjadi hambatan dalam aliran darah ke otak.

7. Polisitemia

Kadar Hb yang tinggi (Hb yang >16 mg/dl) mengakibatkan darah menjadi lebih kental sehingga aliran darah menuju otak menjadi lebih lambat.

8. Perokok

Kadar nikotin yang terkandung dalam rokok dapat menimbulkan plaque pada dinding pembuluh darah yang mengakibatkan terjadinya aterosklerosis.

9. Alkohol

Pada pecandu alkohol dapat menderita penyakit hipertensi yang mengakibatkan terjadinya penurunan aliran darah ke otak serta mengalami kardiak aritmia.

10. Peningkatan kolesterol

Kolesterol dalam tubuh menyebabkan aterosklerosis dan terbentuknya lemak pada dinding pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah menjadi lambat.

11. Obesitas

Pada obesitas kadar kolesterol darah akan meningkat yang menyebabkan terjadinya hipertensi.

12. Kontrasepsi oral (khususnya dengan hipertensi, merokok dan kadar estrogen tinggi).

13. Penyalahgunaan obat (khususnya kokain)

2.1.8. Pengetahuan Keluarga Tentang Gejala Awal Stroke

Kejadian stroke seringkali terkesan mendadak, namun sesungguhnya tidaklah demikian. Sebelum serangan stroke terjadi, telah ada gejala-gejala yang memberikan petunjuk adanya resiko stroke pada diri seseorang. Tanda- tanda peringatan stroke yang perlu diwaspadai antara lain:^{17,20}

1. Sering pusing disertai mual dan pening yang berlangsung terus menerus meskipun telah minum obat penahan rasa sakit.
2. Muka terasa tebal, telapak kaki dan tangan kebas atau mati rasa.
3. Koordinasi anggota gerak (tangan dan kaki) tidak seperti biasanya, misalnya sulit digerakkan
4. Mengalami kesulitan ketika akan mengenakan sandal jepit

5. Tangan sulit diperintah untuk meraih suatu benda atau benda yang semula telah dipegang erat tiba-tiba jatuh.
6. Gagal meletakkan benda pada tempat yang pas
7. Sulit ketika mengancingkan baju
8. Tulisan menjadi jelek atau bahkan tidak bisa dibaca
9. Mendadak mengalami kebingungan
10. Penglihatan pada satu mata atau keduanya mendadak buram
11. Mengalami kesulitan menelan makanan
12. Ketika minum sering berceceran karena minuman tidak dapat masuk kedalam mulut dengan semestinya
13. Mengalami gangguan kognitif dan demensia ketika berkomunikasi dengan orang lain
14. Sering kejang, pingsan dan bahkan koma.

2.1.9. Komplikasi

Pasien yang mengalami gejala berat rentan terhadap komplikasi diantaranya:^{16,18,21}

1. Pneumonia, aspirasi yang berkaitan dengan kehilangan refleks jalan napas, imobilitas atau hipoventilasi.
2. Septikemia akibat ulkus dekubitus/ infeksi saluran kemih

Keadaan ini diakibatkan karena berbaring terlalu lama dan malas berpindah posisi yang menyebabkan luka lecet dan infeksi pada

bagian tubuh yang sering menjadi tumpuan berbaring seperti panggul, pantat dan kaki.

3. Trombosis vena dalam (*deep vein thrombosis*),

Terhentinya gerakan otot tungkai sehingga aliran didalam pembuluh darah vena tungkai terganggu yang meningkatkan resiko untuk terjadinya penggumpalan darah pada tungkai yang mengalami kelumpuhan.

4. emboli paru, Infark miokard, aritmia jantung, dan gagal jantung

5. Ketidakseimbangan cairan

6. Hipertensi/ hipotensi

Peningkatan TIK pada stroke menyebabkan terjadinya penekanan pada batang otak sehingga batang otak mengalami iskemik dan neuron penghambat simpatik di batang otak menjadi tidak aktif dan kerja saraf simpatik meningkat yang mengakibatkan tekanan sistemik meningkat.

7. Kejang

Kejang terjadi akibat lepas muatan paroksimal yang berlebihan dari suatu populasi neuron yang sangat mudah terpicu sehingga mengganggu fungsi normal otak.

8. Peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK)

Ruangan intrakranial ditempati oleh jaringan otak, darah dan cairan serebrospinalis.

9. Kontraktur, tonus otot abnormal

10. Malnutrisi

11. Inkontinentia urine, bowel

Diakibatkan karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal/bedpan karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kandung kemih menjadi atonik, dengan kerusakan sensasi dalam respons terhadap pengisian kandung kemih. Kontrol sfingter urinarius eksternal hilang/berkurang.

Faktor-faktor yang mempunyai kontribusi pada disabilitas jangka panjang, meliputi:¹⁸

1. Ulkus dekubitus

Keadaan ini diakibatkan karena berbaring terlalu lama dan malas berpindah posisi yang menyebabkan luka lecet dan infeksi pada bagian tubuh yang sering menjadi tumpuan berbaring seperti panggul, pantat dan kaki.

2. Epilepsi

Terjadi akibat jaringan otak normal di bawah kondisi patologik tertentu seperti perubahan keseimbangan asam-basa atau elektrolit.

3. Jatuh berulang dan fraktur

4. Spastisitas dengan nyeri, kontraktur dan kekakuan sendi bahu (*frozen shoulder*)

Keadaan ini diakibatkan oleh imobilisasi sendi dalam jangka waktu yang lama karena tidak adanya perbaikan fungsi motoris mengakibatkan terjadinya pertumbuhan jaringan ikat pada kapsul sendi yang menyebabkan sendi sulit untuk digerakkan.

5. Depresi

Terjadi akibat penderita stroke merasa tidak mampu menjalani hidupnya serta tidak mendapat dukungan dari keluarga.

2.1.10. Penatalaksanaan Medis Fase Akut

Penatalaksanaan medis pada fase akut kejadian stroke antara lain:

1. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen serta penggunaan ventilator, karena henti pernapasan biasanya menjadi faktor yang mengancam kehidupan pada situasi ini.

2. Monitor peningkatan tekanan intrakranial

Peninggian TIK akan menurunkan tekanan perfusi serebral sehingga akan menurunkan aliran darah ke otak pada daerah penumbra. Pada edema berat akan menyebabkan terjadinya herniasi dan dapat berujung pada kematian.

3. Monitor fungsi pernapasan: Analisis Gas Darah

Adanya kemungkinan asidosis disertai dengan pelepasan oksigen pada tingkat sel dapat menyebabkan terjadinya iskhemik serebral.

4. Monitor jantung dan tanda-tanda vital , pemeriksaan EKG

Semua pasien harus menjalani EKG pada hari pertama masuk rumah sakit dan menjalani pemantauan telemetry pada 24 jam pertama. Adanya peningkatan tensi, bradikardia, distritmia, dispneu merupakan tanda terjadinya peningkatan TIK.

5. Evaluasi status cairan dan elektrolit

Hipovolemia sering ditemukan pada pasien stroke yang harus dikoreksi dengan pemberian kristaloid isotonis. Cairan hipotonis (Dex 5 %, Nacl) harus dihindari karena dapat mempehebat edema serebri.

6. Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan dan cegah resiko injuri.

Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang memerlukan banyak oksigen.

7. Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan serta mencegah resiko aspirasi dan gangguan menelan.

8. Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan

Obat antikoagulan meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting yang merupakan kontraindikasi pada stroke haemoragik.

9. Monitor tanda- tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks. Perubahan kesadaran menunjukan peningkatan TIK dan berguna

menentukan lokasi dan perkembangan penyakit serta mengurangi kerusakan otak lebih lanjut.

10. Terapi trombolitik intra arteri dapat bermanfaat pada pasien yang ditangani kurang dari 3 jam pertama setelah serangan stroke.^{1,16,18,20,22}

2.1.11. Pencegahan Stroke

Beberapa tindakan yang dapat dilakukan untuk menghindari terjadinya stroke antara lain:^{18,23}

1. Berhenti merokok

Merokok sangat besar perannya dalam meningkatkan tekanan darah, karena nikotin yang terdapat didalam rokok yang memacu hormon adrenalin serta menyempitkan pembuluh darah yang menyebabkan tekanan darah meningkat.

2. Manipulasi diet (rendah lemak hewani, rendah garam, menghindari konsumsi alkohol berlebihan)

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa beberapa mineral bermanfaat mengatasi hipertensi. Kalium dibuktikan erat kaitannya dengan penurunan tekanan darah arteri dan menurunkan resiko terjadinya stroke.

3. Penggunaan obat- obat penurun kolesterol

4. Rutin mengontrol tekanan darah

Sebisa mungkin lakukan pemeriksaan darah minimal sebulan sekali. Apabila ditemukan tekanan darah cenderung meningkat dapat mengantisipasi resiko stroke dengan cepat.

Keluarga perlu diberi edukasi mengenai gejala-gejala stroke serta penatalaksanaan secara dini. Seringkali pasien yang mengalami tanda dan gejala stroke menunggu beberapa jam sebelum mencari perawatan karena percaya bahwa gejala tersebut akan menghilang.²⁴ Keluarga diharapkan agar mempunyai pengetahuan yang baik tentang peringatan gejala stroke, mampu mengenali dan menginterpretasikan stroke dengan segera mengantar pasien ke fasilitas kesehatan/ mencari bantuan kesehatan.⁸

2.2. PERILAKU KELUARGA PADA PENANGANAN AWAL STROKE

2.2.1. Defenisi Perilaku Keluarga

Perilaku merupakan kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh individu yang bersangkutan. Aktivitas tersebut ada yang diamati secara langsung dan tidak langsung. Perilaku merupakan suatu respon organisme/ seseorang terhadap rangsangan/ stimulus dari luar objek tersebut.¹⁴

Pengetahuan dan sikap merupakan respon seseorang terhadap stimulus/rangsangan yang masih bersifat terselubung/*covert behavior*. Sedangkan tindakan nyata seseorang sebagai respon seseorang terhadap stimulus/praktik yang disebut *over behaviour*.¹⁴

2.2.2. Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Faktor- faktor yang mempengaruhi perilaku terdiri atas:

1. Faktor predisposisi/*Predisposing factors*, yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan serta nilai- nilai.

2. Faktor pendukung/*Enabling factors*, terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas / sarana kesehatan.
3. Faktor pendorong/*Reinforcing factors* yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan/ petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku seseorang yang bersangkutan.²⁵

Perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat terjadi melalui proses belajar.²⁵

Sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:¹⁵

1. Kesadaran/*awareness*, dimana orang tersebut menyadari/mengetahui terlebih dahulu stimulasi/objek.
2. Merasa tertarik/*interest* terhadap stimulasi/objek tersebut. Dimana sikap subjek sudah mulai timbul.
3. Menimbang- nimbang/*evaluation* terhadap baik atau tidaknya stimulus tersebut terhadap dirinya. Sikap responden sudah lebih baik.
4. *Trial*, dimana subjek sudah mulai melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
5. *Adoption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga, yakni:¹⁵

1. Perubahan alamiah/ *natural change*

Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi maka anggota masyarakat disekitarnya akan mengalami perubahan.

2. Perubahan rencana/ *planned change*

Perubahan perilaku terjadi karena direncanakan sendiri oleh subyek.

3. Kesiediaan untuk berubah/ *readiness to change*

Perubahan perilaku yang terjadi di masyarakat karena terjadi suatu inovasi/program pembangunan. Namun ada sebagian orang yang sangat lambat untuk menerima inovasi/perubahan tersebut. Hal ini disebabkan karena setiap orang dalam suatu masyarakat memiliki kesiediaan untuk berubah yang berbeda-beda meskipun kondisinya sama.

2.2.3. Perilaku Sehat dan Perilaku Sakit

Perilaku kesehatan merupakan suatu respon seseorang/organisme terhadap stimulus objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Perilaku kesehatan diklasifikasikan sebagai berikut:²⁵

2.2.3.1. Perilaku pemeliharaan kesehatan/ *health maintenance*

Merupakan perilaku/usaha seseorang untuk memelihara/ menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha penyembuhan jika sakit, yang terdiri dari tiga aspek, antara lain:

1. Perilaku pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit bila sakit serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.
2. Perilaku peningkatan kesehatan jika seseorang dalam keadaan sehat, perlu diupayakan peningkatan kesehatan yang seoptimal mungkin.
3. Perilaku gizi (makanan dan minuman), untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan juga sebaliknya dapat menurunkan kesehatan seseorang bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

2.2.3.2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan/perilaku pencarian pengobatan/*health seeking behavior*.

Perilaku ini menyangkut upaya/tindakan seseorang pada saat menderita penyakit/kecelakaan. Perilaku/tindakan ini dimulai dari mengobati diri sendiri/*self treatment* sampai mencari pengobatan keluar negeri.

2.2.3.3. Perilaku kesehatan lingkungan

Terjadi jika seseorang merespon lingkungan (fisik maupun sosial budaya), bagaimana seseorang mengelolah lingkungannya

sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga dan masyarakatnya.

2.2.4. Perilaku Keluarga dalam Penanganan Awal Stroke

The golden period merupakan waktu yang terbaik untuk memberikan pertolongan kepada pasien stroke. Setelah tiga jam kejadian awal stroke, diharapkan pasien yang terserang stroke segera mendapatkan penanganan medis yang memadai untuk mencegah cacat permanen bahkan kematian.^{17,24,26}

Sebelum pasien diantar kerumah sakit, keluarga atau orang terdekat pasien perlu melakukan tindakan pertolongan sementara untuk menyelamatkan nyawa pasien yaitu:^{17,24,26}

1. Tenangkan diri, periksa napasnya, jika tidak ada pergerakan segera memanggil ambulance atau tenaga medis untuk memberikan pertolongan kepada pasien sesegera mungkin di tempat kejadian.
2. Sebelum pertolongan medis datang, keluarga dapat melakukan pertolongan awal dengan membaringkan pasien di tempat yang aman dan melakukan prosedur sebagai berikut:
 - a. Baringkan dengan hati-hati di tempat tidur yang rata dan mengatur posisi kepala (ditinggikan 30^0) sambil tubuh pasien diselimuti hingga sebatas pundak
 - b. Jika pasien dalam kondisi sadar, tenangkan diri pasien sambil menunggu pertolongan medis datang.

- c. Jika stroke didahului jatuh sehingga menyebabkan perdarahan, hentikan perdarahan dengan menekan pada bagian yang mengalami perdarahan selama 5 menit.
 - d. Jika pasien memakai gigi palsu, maka lepaskan terlebih dahulu gigi palsu tersebut untuk memudahkan jalan napas baginya.
3. Ketika seseorang diduga mengalami serangan stroke maka harus dilakukan pengecekan sederhana yang disingkat FAST (*Face, Arms, Speech, Time*). Segera diperhatikan wajah pasien apakah ada yang tertarik sebelah (tidak simetris), meminta pasien mengangkat tangan, berbicara, serta memperhatikan kapan dimulainya serangan itu. Apabila ditemukan wajah yang tidak simetris, tangan yang tidak dapat diangkat dan bicara tidak jelas, maka selanjutnya harus segera menghubungi petugas kesehatan/mengirim pasien ke sarana kesehatan.⁵
4. Jika pasien tidak sadar, maka Ketika pasien baru mengalami stroke sebelum di antar ke rumah sakit, yang pertama kali dilakukan oleh keluarga yaitu melakukan pertolongan darurat dengan cara membaringkan pasien di suatu tempat yang rata dan keras, misalnya lantai atau kasur yang keras sambil mengamati tanda- tanda visual pada diri pasien untuk melakukan tindakan ABC (*Airway, breathing and circulation*).²⁶
- a. *Airway*: Tindakan untuk memperlancar jalan napas pasien, dengan cara:
 - 1) Membuka jalan napas pasien, dengan cara:

- a) Meletakkan satu tangan penolong pada dahi korban, dan ujung telunjuk dan jari tengah tangan yang lain diletakkan dibawah dagu pasien.
 - b) Gunakan tangan untuk mendorong kepala ke belakang dan ujung jari untuk mengangkat dagu pasien dan menyokong rahang bawah.
- 2) Hilangkan sumbatan, jika ada sumbatan /obstruksi seperti gigi palsu, makanan, cairan atau lidah yang jatuh kebelakang.
- b. *Breathing*: Menambahkan pasokan oksigen lewat hidung/ mulut, dengan cara:
- 1) Perhatikan gerakan dada, dengarkan aliran udara.
 - 2) Membuka mulut pasien lebar- lebar, menempatkan mulut penolong mengelilingi mulut korban
 - 3) Menekan lubang hidung pasien sehingga hidungnya tertutup
 - 4) Menghembuskan napas ke dalam mulut pasien hingga terlihat pengembangan dada.
- c. *Chest compression*
- Sebelum melakukan *chest compression* (kompresi dada) perhatikan napas pasien. Jika pasien tidak bernapas atau bernapas tidak normal maka segera lakukan kompresi dada, dengan cara:
- 1) Berlutut disamping pasien
 - 2) Tentukan titik kompresi, yakni di tulang dada setinggi kedua puting pada laki- laki atau 1/3 bagian bawah tulang dada.

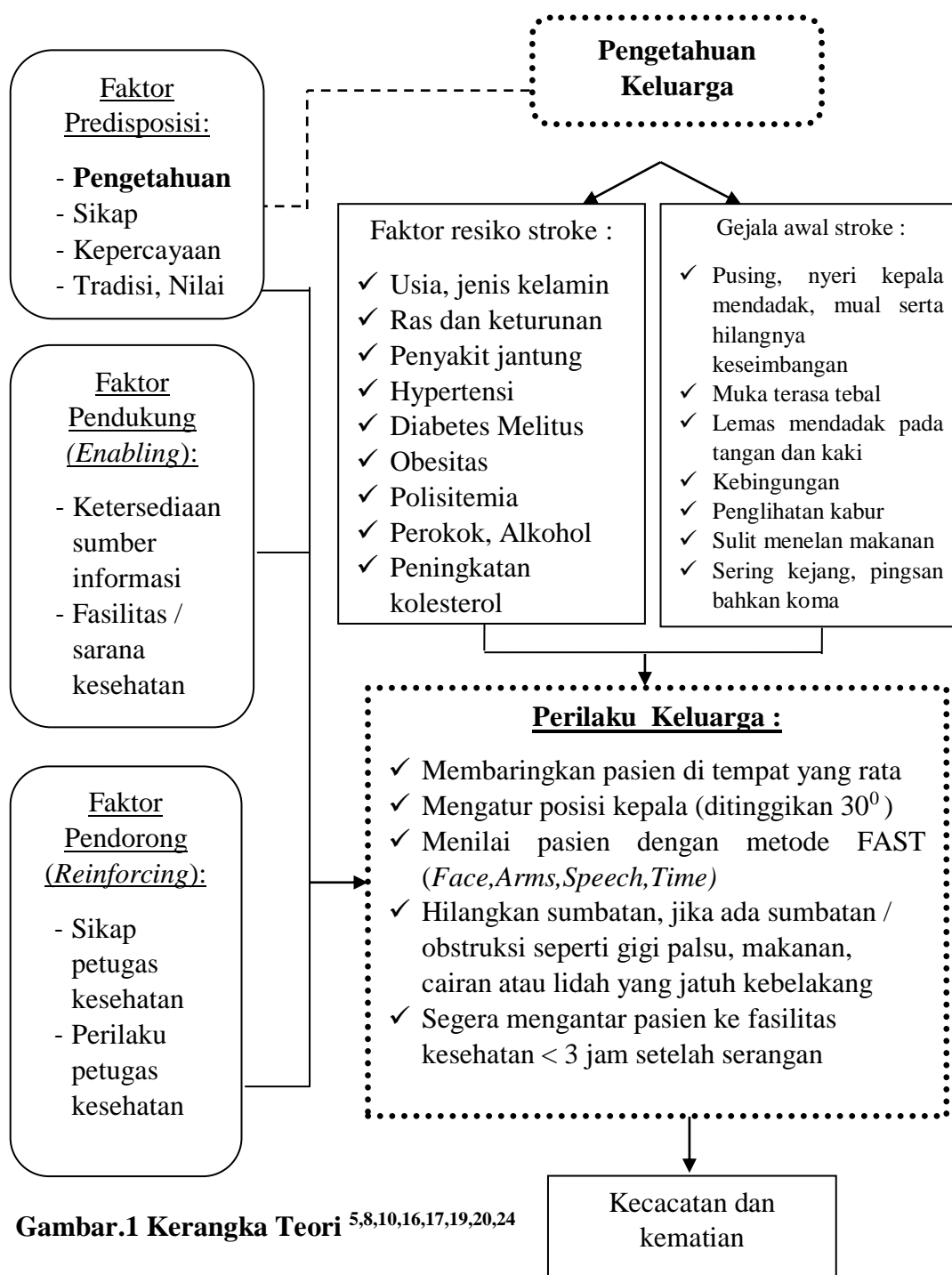
- 3) Lakukan kompresi dengan kedua tangan yang saling mengunci
- 4) Posisikan tubuh vertikal diatas pasien dengan lengan lurus dan manfaatkan berat tubuh penolong sebagai tenaga agar tidak cepat lelah
- 5) Lakukan 30 kali kompresi dada secara berirama dan tepat dengan kedalaman minimal 5 cm dan kecepatan lebih dari 100 kali/ menit
- 6) Kurangi istirahat selama melakukan kompresi
- 7) Setelah kompresi 30 kali berikan napas buatan dua kali.
- 8) Rasio yang dipakai 30: 2 baik untuk 2 penolong maupun 1 penolong.
- 9) Hentikan kompresi jika:
 - a) Bantuan telah datang
 - b) Penolong kelelahan
 - c) Pasien sadar atau meninggal

Penanganan stroke harus secepat mungkin. Stroke yang terlambat mendapat penanganan akan mengakibatkan kelumpuhan luas dan gangguan pada kognitif, sehingga diperlukan penanganan yang secepat mungkin untuk menurunkan angka cacat fisik akibat stroke.⁷ Pengiriman tim *emergency* dari sejak menerima panggilan hingga siap diberangkatkan harus kurang dari 90 detik. Waktu yang dibutuhkan hingga tim *emergency* tiba di tempat pasien <8 menit.⁵

Pasien harus segera diantar ke rumah sakit yang memiliki unit stroke agar dapat diberikan penatalaksanaan yang tepat untuk meminimalkan resiko dan efek dari stroke yang merugikan. Rumah sakit

yang tidak mampu melakukan prosedur penatalaksanaan stroke diharapkan agar segera menghubungi rumah sakit yang mampu dengan tujuan agar pasien segera dirujuk dan diberikan penanganan.²⁴

2.3. KERANGKA TEORI



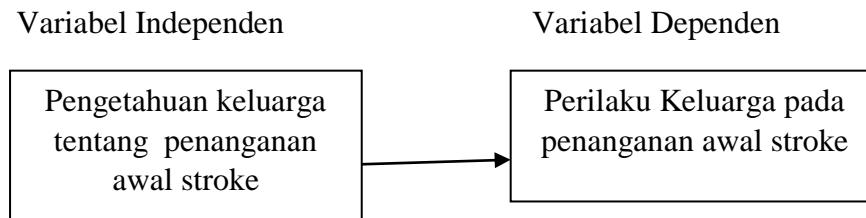
Keterangan

- : Berhubungan atau saling mempengaruhi
- : Area yang diteliti

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. KERANGKA KONSEP



Gambar.2 Kerangka Konsep²⁷⁻²⁹

3.2. HIPOTESIS

Hipotesis adalah jawaban sementara atas pertanyaan dari suatu penelitian yang harus diuji kebenarannya.²⁷ Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga dengan perilaku keluarga pada penanganan kejadian awal stroke.

3.3. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif non eksperimen dengan menggunakan rancangan penelitian korelasi yaitu mengkaji hubungan antara variabel atau penelitian yang mengungkapkan hubungan korelasi antar variabel.^{28,30-32} Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* dimana waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat dan tidak ada *follow up*.^{27,28} Rancangan penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara

pengetahuan keluarga dan perilaku keluarga dalam penanganan awal kejadian stroke di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang.

3.4. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

3.4.1. Populasi

Populasi adalah Keseluruhan subyek atau obyek dengan karakteristik tertentu yang akan ^{27,28,30-32} Populasi dari penelitian ini adalah keluarga pasien stroke yang menjalani pengobatan di instalasi rawat jalan dan rawat inap RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. Data yang didapatkan dari rekam medik RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang bahwa pasien stroke non hemoragik yang berobat pada bulan Januari-Juni 2018 di instalasi rawat inap dan rawat jalan sebanyak 570 orang, jadi rata-rata pasien yang berobat tiap bulan sebanyak 95 orang.

3.4.2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang diambil dengan menggunakan cara- cara tertentu.^{27,28,30,31} Sampel adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi.³¹ kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sampel tersebut digunakan.

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subyek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel/kriteria yang layak diteliti.^{27,28,31,32}

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- a. Keluarga dari pasien yang didiagnosa stroke iskemik/non hemoragik yang dirawat di ruang rawat inap dan rawat jalan.
- b. Keluarga dari pasien yang baru pertama kali mengalami stroke
- c. Ada bersama pasien saat serangan stroke terjadi
- d. Berusia 18 tahun keatas
- e. Dapat membaca dan menulis

2. Kriteria Ekslusi

Kriteria ekslusi adalah kriteria dimana subyek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena berbagai hal tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian/mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian.^{27,28,30-32}

Kriteria ekslusi dalam penelitian ini adalah responden yang ada bersama pasien saat serangan stroke terjadi namun tidak berada ditempat penelitian.

Setelah dilakuan penentuan kriteria inklusi dan ekslusi maka didapatkan 77 sampel dengan responden yang berbeda selama 17 hari.

3.4.3. Prosedur dan Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada.^{27,28,31} Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan tehnik *non probability sampling*, jenis *accidental sampling* yaitu metode pengambilan sampel dengan memilih siapa yang kebetulan ada/ dijumpai sesuai dengan konteks penelitian.^{27,31} Rencana pengambilan sampel sampai sedapatnya baru berhenti yang dilakukan di instalasi rawat jalan dan rawat inap RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang.

Data pasien yang dirawat rata-rata perbulan 95 orang, sehingga rumus yang digunakan dalam pengambilan sampel untuk penelitian deskriptif:

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan

n : Besar sampel

N : Besar Populasi

d :Ketepatan yang diinginkan

Berdasarkan rumus diatas, apabila tingkat ketepatan yang diinginkan sebesar 0,05 maka jumlah sampel yang diperoleh adalah:

$$= \frac{95}{1+95(0,05)^2}$$

$$= \frac{95}{1,2375}$$

= 77 Responden

3.5. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang.

Pengumpulan data dilaksanakan pada tanggal 6-23 Mei 2019.

3.6. VARIABEL PENELITIAN, DEFENISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN

3.6.1. Variabel Penelitian

Variabel merupakan karakteristik subyek penelitian yang diamati yang mempunyai nilai dan merupakan operasionalisasi dari suatu konsep agar dapat diteliti secara empiris atau ditentukan tingkatannya.^{27,31} Variabel merupakan konsep dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan manipulasi suatu penelitian.²⁸ Pada penelitian ini menggunakan dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat.

1. Variabel Bebas/ Independen

Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab perubahan atau mempengaruhi/ dimanipulasi oleh peneliti untuk menciptakan suatu dampak/ sebab perubahan pada variabel terikat.^{27,28,31} Variabel

bebas dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan keluarga pasien stroke.

2. Variabel Terikat/ Dependen

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas/ variabel lain.^{27,28,31,33} Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku keluarga pada penanganan kejadian awal stroke.

3.6.2. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Definisi Operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang akhirnya mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian.^{27,33} Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian.^{30,31} Variabel yang telah didefinisikan perlu diidentifikasi secara operasional untuk meminimalisir perbedaan persepsi antara penulis dan pembaca.²⁷

Tabel. 1**Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran**

No	Variabel Penelitian	Defenisi Operasional	Alat ukur	Hasil Pengukuran	Skala ukur
1	Variabel bebas (Variabel Independent): Tingkat Pengetahuan Keluarga	Hasil dari pengertian dan pemahaman keluarga terhadap faktor resiko dan peringatan gejala stroke yang dapat diperoleh dari beberapa sumber	Pengetahuan tentang faktor resiko stroke terdapat 13 pertanyaan dan tentang tanda dan gejala peringatan stroke terdiri dari 17 pertanyaan. Penilaian untuk pertanyaan positif jawaban “Ya” nilai 1 dan “Tidak” nilai 0 sedangkan untuk pertanyaan negatif jawaban “Ya” nilai 0 dan “Tidak” nilai 1.	Jumlah skor minimal 0 dan maksimal 30 . Semakin besar nilai yang didapat maka pengetahuan keluarga baik dan semakin kecil nilai yang didapat maka pengetahuan keluarga berkurang.	Interval
2	Variabel tetap (variabel dependen) : Perilaku Keluarga	Penanganan awal stroke dirumah adalah tindakan yang dilakukan dari mulai serangan terjadi hingga pasien dibawa ke fasilitas kesehatan.	Terdapat 9 pertanyaan dalam kuesioner tentang bagaimana keluarga mengenali stroke pada pasien dan menanganinya hingga sesaat sebelum dibawa ke rumah sakit. Penilaian untuk pertanyaan positif jawaban “Ya” nilai 1 dan “Tidak” nilai 0 sedangkan untuk pertanyaan negatif jawaban “Ya” nilai 0 dan “Tidak” nilai 1.	Jumlah skor minimal 0 dan maksimal 9. Semakin besar nilai yang didapat maka perilaku keluarga baik dan semakin kecil nilai yang didapat maka perilaku keluarga tidak baik.	Interval

3.7. INSTRUMEN PENELITIAN DAN CARA PENGUMPULAN DATA

3.7.1. Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner merupakan alat ukur berupa angket atau kuesioner dengan beberapa daftar pertanyaan berupa formulir yang disusun untuk memperoleh data sesuai yang diinginkan peneliti.^{27,30,31} Kuesioner yang digunakan terdiri atas 3 bagian, yaitu:

1. Kuesioner A

Kuesioner A adalah tentang pengetahuan responden mengenai faktor resiko dan peringatan gejala stroke yang ditulis oleh Dewi Rachmawati, dkk pada tahun 2017 dalam penelitiannya yang berjudul “Pengetahuan keluarga berperan terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke iskemik akut di instalasi gawat darurat”. Kuesioner ini sudah mendapat perijinan dari penulis. Terdapat 13 pertanyaan tentang faktor resiko penyebab terjadinya stroke dan 17 pertanyaan tentang tanda dan gejala peringatan stroke menggunakan modifikasi *Stroke Recognition Questionnaire (SRQ)*.⁸ Pertanyaan yang digunakan dalam penelitian adalah pertanyaan tertutup dengan alternatif jawaban ada 2 yaitu “Benar” dan “Salah”. Penilaian yang digunakan dalam kuesioner adalah tentang faktor resiko untuk pertanyaan positif (nomor 1,2,5,6,8,9,11,13) jawaban “Ya” nilai 1 dan “Tidak” nilai 0 sedangkan untuk pertanyaan negatif (nomor 3,4,7,10,12) jawaban “Ya” nilai 0 dan “Tidak” nilai 1. Sedangkan penilaian pertanyaan gejala awal untuk pertanyaan positif

(nomor 1,2,4,5,6,7,9,10,11,12,13,15,16) jawaban “Ya” nilai 1 dan “Tidak” nilai 0 sedangkan untuk pertanyaan negatif (nomor 3,8,14,17) jawaban “Ya” nilai 0 dan “Tidak” nilai 1.

2. Kuesioner B

Kuesioner B adalah tentang perilaku keluarga pada penanganan awal di rumah yang ditulis oleh Sakti Oktaria Batubara, dkk pada tahun 2015 dalam penelitiannya yang berjudul “Hubungan antara penanganan awal dan kerusakan neurologis pasien stroke di RSUD Kupang”. Kuesioner ini juga sudah mendapat perijinan dari penulis. Kuesioner disusun berdasarkan pedoman dari AHA dan terdapat 9 pertanyaan dalam kuesioner tentang bagaimana keluarga mengenali stroke pada pasien dan menanganinya hingga sesaat sebelum dibawa ke rumah sakit. Pertanyaan yang digunakan dalam penelitian adalah pertanyaan tertutup dengan alternatif jawaban ada 2 yaitu “Ya” dan “Tidak”. Penilaian yang digunakan dalam kuesioner adalah untuk pertanyaan positif (nomor 1,2,4,5,7,8) jawaban “Ya” nilai 1 dan “Tidak” nilai 0 sedangkan untuk pertanyaan negatif (nomor 3,6 dan 9) jawaban “Ya” nilai 0 dan “Tidak” nilai 1.

Tabel. 2.
Kisi-Kisi Kuesioner Penelitian

No	Materi Pertanyaan	Jumlah	Favourable	Unfavourable
A	Pengetahuan keluarga	30		
1	Faktor resiko stroke	13	1,2,5,6,8,9,11,13	3,4,7,10,12
2	Gejala awal stroke	17	1,2,4,5,6,7,9,10,11,12,13,15,16	3,8,14,17
B	Perilaku Keluarga	9	1,2,4,5,7,8	3,6, 9

3.7.2. Uji Kuesioner

3.7.2.1. Uji Validitas

Prinsip validitas merupakan tingkatan ukuran riset yang sebenarnya, yang memang didesain untuk mengukur yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan data, instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur.^{28,31,32,34}. Peneliti menggunakan dua cara yaitu:

a. Content validity

Content validity merupakan validitas yang diestimasi melalui pengujian terhadap kelayakan atau relevansi isi tes melalui analisa rasional oleh panel yang berkompeten atau melalui penilaian para ahli.

Kuesioner pengetahuan belum di uji validitas sehingga kuesioner ini perlu diuji validitas. Sedangkan kuesioner perilaku telah dilakukan uji validitas terhadap 12 responden.⁷ Karena responden yang diujikan jumlahnya sedikit maka kuesioner ini perlu di uji validitas ulang.

Uji validitas kuesioner pada penelitian ini dilakukan kepada dua expert yang kompeten dibidangnya yaitu Ibu Rita Hadi W,S.Kp.,M.Kep.Sp.Kep.Kom (dosen pada Departemen Ilmu Keperawatan UNDIP) dan Bapak Ns. Arif Basuki Rahmat, S.Kep.,MANP (perawat RSUP dr.Kariadi). Saran dari Ibu Rita Hadi W,S.Kp.,M.Kep.Sp.Kep.Kom yaitu pernyataan benar dan salah komposisinya sama dan peletakan dibuat acak. Untuk kuesioner perilaku pernyataan menggunakan kalimat yang menggambarkan perilaku serta pernyataan penanganan awal dirumah hanya untuk pasien sadar. Sedangkan masukan dari Bapak Ns. Arif Basuki Rahmat, S.Kep.,MANP agar tidak mencantumkan nama/inisial dan alamat pada biodata responden, masing-masing tabel dideskripsikan dengan jelas menggunakan bahasa yang mudah dipahami serta beberapa ítem pertanyaan harus diperbaiki sehingga penggunaan kata lebih efektif dan mudah di pahami yaitu ítem pertanyaan nomor 17 untuk pengetahuan gejala awal dan nomor 1 untuk perilaku penanganan awal dirumah.

b. Construct validity

Construct validity merupakan validitas yang mempermasahkan seberapa jauh item-item tes mampu mengukur apa yang hendak diukur sesuai dengan konsep khusus atau defenisi konseptual yang telah ditetapkan. Instrumen penelitian yang valid diperoleh dengan cara menguji cobakan instrumen pada kelompok sampel diluar sampel namun memiliki kriteria yang sama. Sampel diambil dari RSUD Tugurejo Semarang pada

bulan April 2019 sejumlah 30 orang. Uji validitas dengan menggunakan rumus *Pearson Product Moment*.^{27,31}

Rumus *Pearson Product Moment* :

$$r_{\text{ hitungan}} = \frac{n (\Sigma XY) - (\Sigma X) . (\Sigma Y)}{\sqrt{[n . \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2] . [n . \Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2]}}$$

Keterangan :

$r_{\text{ hitungan}}$: Koefisien korelasi

ΣX : Jumlah skor item

ΣY : Jumlah skor total (item)

n : Jumlah responden

Jika $r_{\text{ product moment hitungan}} \geq r_{\text{ tabel}}$ yaitu 0,361 berarti pertanyaan yang diuji valid, namun jika $< r_{\text{ tabel}}$ maka butir soal tidak valid. Kuesioner pengetahuan jumlah pertanyaan yang valid adalah 30 pertanyaan dengan hasil rentang $r_{\text{ hitung}}$ (0,612-0,915). Jumlah pertanyaan yang tidak valid sebanyak 2 item, yaitu nomor 10 dan 23. Item yang tidak valid dibuang dan tidak digunakan lagi. Sedangkan untuk kuesioner perilaku jumlah pertanyaan yang valid adalah 9 pertanyaan dengan hasil rentang $r_{\text{ hitung}}$ (0,488-0,865). Jumlah pertanyaan yang tidak valid sebanyak 1 item, yaitu nomor 9. Item yang tidak valid dibuang dan tidak digunakan lagi.

3.7.2.2. Uji Reliabilitas

Reabilitas merupakan kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan.²⁸ Reliabilitas adalah keakuratan dalam hal stabilitas dan ketepatan data atau seberapa konsisten suatu teknik pengukuran mengukur konsep yang diteliti/ apakah alat ukur dapat digunakan atau tidak.^{31,32,34} Kuesioner pengetahuan dan perilaku dilakukan uji reliabilitas di RSUD Tugurejo Semarang pada bulan April 2019 sejumlah 30 responden dengan menggunakan rumus *Alpha Cronbach* sebagai berikut:

$$r_{11} = \frac{k}{k-1} X \left\{ 1 - \frac{\sum S_i}{S_t} \right\}$$

Keterangan :

r_{11}	: Nilai reliabilitas
$\sum S_i$: Jumlah varians skor tiap-tiap item
S_t	: Varians total
K	: Jumlah item

Hasil uji reliabilitas untuk kuesioner pengetahuan memiliki 30 pertanyaan dengan nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0,98. Sedangkan kuesioner perilaku memiliki 9 pertanyaan dengan nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0,92. Kedua kuesioner tersebut tergolong sangat reliabel dengan pertanyaan yang tidak valid dibuang dan tidak digunakan lagi.

3.7.3. Pengumpulan Data

Merupakan suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian.²⁸

Cara pengumpulan data dalam penelitian ini adalah:

1. Peneliti mengajukan ijin permohonan pengambilan data awal untuk studi pendahuluan pada Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
2. Peneliti mengurus surat ijin pengambilan data awal dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
3. Peneliti mengurus surat ijin pengambilan data awal dan diajukan kepada pihak RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang.
4. Peneliti mengajukan uji etik (Ethical Clearance) di Komisi Etik sebagai syarat surat ijin penelitian dan pengambilan data dengan no. Ethical Clearance: No. 14/EC/KEPK/FK UNDIP/1/2019.
5. Peneliti mengurus surat uji *expert* kuesioner penelitian dan berkonsultasi kepada ahlinya untuk diuji relevansinya.
6. Peneliti mengurus surat ijin dan melakukan uji validitas dan reabilitas kuesioner penelitian di RSUD Tugurejo.
7. Peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian kepada Program Studi Ilmu Keperawatan untuk diberikan kepada Direktur RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang.

8. Peneliti mengajukan ijin penelitian untuk melakukan penelitian di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang, dengan melampirkan surat pengantar dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang.
9. Peneliti mencari responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti sebelumnya dengan dibantu oleh perawat di ruangan berdasarkan diagnosa stroke dari catatan medik.
10. Peneliti melakukan pengumpulan data dengan membagikan kuesioner kepada responden yang dibantu oleh lima orang enumerator yang dasar pendidikannya sama dengan peneliti, dan sebelumnya dijelaskan terlebih dahulu oleh peneliti tentang tujuan penelitian, kriteria inklusi dan eksklusi responden serta isi dari kuesioner. Enumerator membantu mengumpulkan data dan menerjemahkan bahasa indonesia ke bahasa daerah bagi responden yang tidak bisa berbahasa indonesia.
11. Peneliti melakukan *informed consent* untuk memberikan terkait dengan informasi dan teknis penelitian serta persetujuan dan kesediaan menjadi responden.
12. Setelah responden menyetujui, peneliti memberikan kuesioner kepada responden dan menjelaskan petunjuk pengisian dan memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya apabila ada hal yang kurang dimengerti.

13. Peneliti menawarkan untuk membacakan serta mengisikan kuesioner kepada beberapa responden yang saat penelitian hanya bisa menjawab pertanyaan karena sambil melayani pasien (memijat, mengipas).
14. Setelah kuesioner selesai diisi, peneliti mengumpulkan dan memeriksa kembali kelengkapan serta menghitung kuesioner.

3.8. TEKNIK PENGOLAHAN DAN ANALISA DATA

3.8.1. Pengolahan Data

Merupakan suatu proses untuk memperoleh data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan.²⁷ Data yang telah diperoleh dilakukan pengolahan melalui beberapa tahap:

3.8.1.1. Penyuntingan data/ memeriksa (*editing*)

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh/ dikumpulkan. Dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.^{27,31} *Editing* dilakukan pada kuesioner pengetahuan responden mengenai faktor resiko dan peringatan gejala stroke dan kuesioner perilaku keluarga pada penanganan awal di rumah.

3.8.1.2. *Scoring*

Scoring adalah dasar pemberian nilai pada data sesuai dengan skor yang telah ditentukan setelah lembar observasional tersusun. Adapun pemberian skor dalam penelitian ini terdapat pada kuesioner tentang pengetahuan responden mengenai faktor resiko terdiri dari 13 pertanyaan

dan peringatan gejala stroke terdiri dari 17 pertanyaan menggunakan modifikasi *Stroke Recognition Questionnaire (SRQ)*. Pertanyaan yang digunakan dalam penelitian adalah pertanyaan tertutup dengan alternatif jawaban ada 2 yaitu “Benar” dan “Salah”. Penilaian yang digunakan dalam kuesioner adalah tentang faktor resiko untuk pertanyaan positif (nomor 1,2,5,6,8,9,11,13) jawaban “Ya” nilai 1 dan “Tidak” nilai 0 sedangkan untuk pertanyaan negatif (nomor 3,4,7,10,12) jawaban “Ya” nilai 0 dan “Tidak” nilai 1. Penilaian pertanyaan gejala awal untuk pertanyaan positif (nomor 1,2,4,5,6,7,9,10,11,12,13,15,16) jawaban “Ya” nilai 1 dan “Tidak” nilai 0 sedangkan untuk pertanyaan negatif (nomor 3,8,14,17) jawaban “Ya” nilai 0 dan “Tidak” nilai 1

Kuesioner lainnya yakni tentang perilaku keluarga pada penanganan awal di rumah memiliki 9 item pernyataan dengan jawaban “Ya” dan “Tidak”. Pertanyaan yang digunakan dalam penelitian adalah pertanyaan tertutup dengan alternatif jawaban ada 2 yaitu “Ya” dan “Tidak”. Penilaian yang digunakan dalam kuesioner adalah untuk pertanyaan positif (nomor 1,2,4,5,7,8) jawaban “Ya” nilai 1 dan “Tidak” nilai 0 sedangkan untuk pertanyaan negatif (nomor 3,6 dan 9) jawaban “Ya” nilai 0 dan “Tidak” nilai 1.

3.8.1.3. *Tabulation*

Tabulasi adalah usaha untuk menyajikan data, terutama pengolahan data yang akan menjurus ke analisis kuantitatif.³⁰ Tabulasi ini digunakan dalam pengolahan data menggunakan analisa kuantitatif. Pengolahan

penelitian ini menggunakan tabel distribusi frekuensi. Peneliti mengelompokkan responden dalam satu tabel distribusi frekuensi agar mudah dibaca dan dianalisis. Tabel tabulasi berupa pengetahuan dan perilaku keluarga.

3.8.1.4. *Entry data* (memasukan data) atau *prosesing*

Merupakan kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam master tabel/ database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau membuat tabel kontigensi. Salah satu paket program yang sudah umum digunakan untuk entry data adalah paket program SPSS 16.0 for windows.^{27,31,35} Peneliti melakukan proses entry data atau memasukkan data berupa jawaban- jawaban yang diperoleh dari responden sebelumnya yang sudah diberi kode (dalam bentuk angka dan huruf) kedalam program statistik pengolahan data atau *database* komputer kemudian dilakukan analisa.

3.8.1.5. *Cleaning data*/ Pembersihan data

Cleaning data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di entry untuk melihat apakah ada kesalahan atau tidak.²⁷ Kesalahan dapat terjadi pada kode atau ketidaklengkapan untuk selanjutnya dilakukan pembetulan atau koreksi pada data- data oleh peneliti.

3.8.2. Analisis Data

Analisa data setelah data diolah dapat digunakan sebagai bahan pengambilan keputusan dan penanggulangan masalah.³¹ Analisa data dalam penelitian ini menggunakan univariat dan bivariat.

3.8.2.1. Analisis Univariat

Analisa univariat adalah analisa yang diperlukan dalam mendeskripsikan setiap variabel dari hasil penelitian. Analisa data deskriptif digunakan untuk meringkas, menyajikan dan mengklasifikasikan data.³² Analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah mengidentifikasi pengetahuan dan perilaku pada penanganan awal kejadian stroke. Variabel dalam penelitian ini adalah variabel pengetahuan keluarga dan variabel perilaku keluarga. Uji statistik yang digunakan setelah dilakukan uji normalitas data menggunakan *kolmogorov smirnov*.

Tabel 3.

Pengkategorian Variabel

No	Variabel	P Value	Distribusi Data	Pengkategorian
1	Pengetahuan	0,003	Tidak Normal	Median
2	Perilaku	0,000	Tidak Normal	Median

3.8.2.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang menjelaskan hubungan dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat.³⁶⁻³⁹ Analisis bivariat pada

penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi keeratan hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku keluarga pada penanganan awal kejadian stroke. Uji statistik yang digunakan setelah dilakukan uji normalitas data dan hasil yang diperoleh data tidak normal maka digunakan uji korelasi *spearman rank*, untuk mengukur eratnya hubungan, dengan menggunakan rumus :

$$r_s = \frac{6\sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Keterangan:

r_s : Nilai korelasi *spearman Rank*

d^2 : Selisih setiap pasangan *Rank*

n :Jumlah pasangan *Rank* untuk *Spearman* ($5 < n < 30$)

3.9. ETIKA PENELITIAN

Prinsip- prinsip etika penelitian menurut *American Nursing Association* (ANA) adalah: ^{30,33}

3.9.1. Otonomi

Otonomi merupakan kebebasan seseorang dalam menentukan nasibnya sendiri/ independen. Hak seseorang untuk memilih apakah ia disertakan atau tidak sebagai responden dalam suatu penelitian dengan memberikan persetujuannya atau tidak dalam *informed consent*. *Informed consent*

merupakan suatu bentuk persetujuan antara peneliti dengan subyek penelitian (responden) setelah responden mendapatkan keterangan yang jelas mengenai perlakuan dan dampak yang timbul pada penelitian yang dilakukan.³¹ Dalam penelitian ini ada beberapa responden yang menolak dan peneliti memberikan kebebasan kepada responden untuk menyetujui atau menolak *Informed consent* yang diajukan.

3.9.2. *Anonymity* (Tanpa Nama)³¹

Peneliti tidak mencantumkan nama/ inisial maupun alamat responden pada lembar alat ukur penelitian yang digunakan agar kerahasiaan dari responden terjaga. Peneliti hanya menulis kode angka pada lembar pengumpulan data.

3.9.3. *Nonmaleficence*

Nonmaleficence merupakan sesuatu yang tidak merugikan orang lain, dengan kata lain peneliti harus memperhatikan unsur bahaya atau kerugian bagi pasien yang dapat mengancam jiwa pasien atau responden dari awal penelitian hingga akhir penelitian. Peneliti tidak memberikan intervensi kepada responden yang membahayakan. Waktu yang dibutuhkan untuk mengisi kuesioner rata-rata adalah 10 menit.

3.9.4. *Confidentiality*

Peneliti menjaga kerahasiaan dari data-data responden yang sudah dikumpulkan.³¹

3.9.5. *Veracity*

Penelitian yang dilakukan hendaknya dijelaskan secara jujur tentang manfaat, efek dan apa yang didapatkan.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei 2019 di Instalasi rawat inap dan rawat jalan RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang. Data penelitian diperoleh dari keluarga pasien stroke yang sedang melakukan kontrol di poliklinik saraf maupun yang sedang dirawat di ruangan Yudistira, Ruang Nakula 2 dan Ruang Nakula 3 RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. Total jumlah responden yang didapatkan adalah 77 responden sesuai dengan kriteria inklusi penelitian yang telah ditetapkan.

4.1 ANALISA UNIVARIAT

4.1.1 Pengetahuan Keluarga

Hasil penelitian pengetahuan keluarga tentang faktor resiko dan gejala awal stroke merupakan data numerik dan mempunyai sebaran data yang tidak normal. Hasil penelitian pada variabel ini dianalisa dengan menghitung *central tendency* yaitu median, standar deviasi dan minimum-maksimum yang disajikan dalam tabel 4.

Tabel 4.
Tendensi Sentral Pengetahuan Keluarga tentang
Faktor Resiko dan Gejala Awal Stroke (n=77)

Variabel	Median	> Median		< Median		SD	Min-Max
		F	%	f	%		
Pengetahuan	14,00	32	41,56	45	58,44	2.874	9-23

Hasil penelitian pengetahuan keluarga tentang faktor resiko dan gejala awal stroke yang terdapat pada tabel 4, menunjukkan bahwa

pengetahuan keluarga tentang faktor resiko dan gejala awal stroke mempunyai skor terendah 9 dan skor tertinggi 23 dengan nilai tengah 14,00. Data tersebut menunjukkan bahwa responden dengan nilai pengetahuan diatas median sebanyak 32 orang (41,56 %) dan pengetahuan dibawah median sebanyak 45 orang (58,44 %). Gambaran pengetahuan akan disajikan dalam tabel 5 dan 6.

Tabel. 5.
Distribusi Frekuensi Gambaran Pengetahuan
tentang Faktor Resiko Stroke (n=77)

No	Item Pernyataan	Frekuensi			
		Benar	%	Salah	%
1	Usia	36	46,8	41	53,2
2	Tekanan darah tinggi	77	100	0	0
3	Melakukan aktivitas olahraga secara teratur	22	28,6	55	71,4
4	Kesulitan tidur	17	22,1	60	77,9
5	Merokok	48	62,3	29	37,7
6	Kencing manis (Diabetes Melitus)	56	72,7	21	27,3
7	Kekurangan zat besi	19	24,7	58	75,3
8	Riwayat terkena serangan jantung atau mempunyai penyakit jantung	48	62,3	29	37,7
9	Mengonsumsi alkohol	57	74,0	20	26,0
10	Riwayat keluarga dengan stroke	10	13,0	67	87,0
11	Kekentalan darah	35	45,5	42	54,5
12	Tidak bisa mengejan	21	27,3	56	72,7
13	Kadar kolesterol tinggi	71	92,2	6	7,8

Pengetahuan keluarga tentang faktor resiko stroke masih kurang dimana responden yang menjawab salah faktor resiko karena riwayat keluarga dengan stroke 67 (87 %), kesulitan tidur 60 (77,9 %), kekurangan zat besi 58 (75,3 %), tidak bisa mengejan 56 (72,7 %), melakukan aktivitas olahraga secara teratur 55 (71,4 %), kekentalan darah 42 (54,5 %), usia 41 (53,2 %).

Tabel. 6. Distribusi Frekuensi Gambaran Pengetahuan tentang Gejala Awal Stroke (n=77).

No	Item Pernyataan	Frekuensi			
		Benar	%	Salah	%
1	Sering pusing disertai mual yang berlangsung terus menerus meskipun telah minum obat	38	49,4	39	50,6
2	Nyeri kepala yang hebat	65	84,4	12	15,6
3	Kesulitan bernafas	21	27,3	56	72,7
4	Muka terasa tebal/ mati rasa	54	70,1	23	29,9
5	Kaki dan tangan terasa kebas atau mati rasa	54	70,1	23	29,9
6	Kelemahan pada salah satu sisi tubuh/ tangan dan kaki sulit digerakkan	59	76,6	18	23,4
7	Terjadi Kehilangan keseimbangan saat berjalan	71	92,2	6	7,8
8	Dada terasa terbakar	24	31,2	53	68,8
9	Tulisan menjadi jelek atau bahkan tidak bisa dibaca	32	41,6	45	58,4
10	Tidak mampu berbicara dengan jelas	50	64,9	27	35,1
11	Mendadak mengalami kebingungan	23	29,9	54	70,1
12	Penglihatan pada salah satu mata atau keduanya mendadak buram	36	46,8	41	53,2
13	Mengalami kesulitan menelan makanan	25	32,5	52	67,5
14	Tiba-tiba nyeri pada salah satu tangan	14	18,2	63	81,8

15	Ketika makan/minum sering berceceran karena makanan/minuman tidak dapat masuk kedalam mulut dengan semestinya	24	31,2	53	68,8
16	Mengalami kemunduran cara berpikir/ pelupa ketika berkomunikasi dengan orang lain	18	23,4	59	76,6
17	Panas	21	27,3	56	72,7

Pengetahuan keluarga tentang gejala awal stroke masih kurang dimana reponden yang menjawab salah gejala awal yaitu nyeri pada salah satu tangan 63 (81,8 %), gangguan berpikir 59 (76,6 %), kesulitan bernafas 56 (72,7 %), panas 56 (72,7 %), mengalami kebingungan 54 (70,1 %), dada terasa terbakar 53 (68,8 %), defisit perawatan diri: makan/minum 53 (68,8 %), gangguan menelan 52 (67,5 %), gangguan kemampuan menulis 45 (58,4 %), gangguan penglihatan 41 (53,2 %), pusing dan mual 39 (50,6 %).

4.1.2 Perilaku Keluarga

Hasil penelitian perilaku keluarga pada penanganan awal stroke merupakan data numerik dan mempunyai sebaran data tidak normal. Analisa variabel ini juga menggunakan *central tendency* yaitu median, standar deviasi dan minimum-maksimum yang disajikan dalam tabel 7.

Tabel 7. Tendensi Sentral Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Stroke (n=77)

Variabel	Media n	> Median		< Median		SD	Min-Max
		F	%	f	%		
Perilaku	4,00	32	41,56	45	58,44	1.109	3-7

Hasil analisis perilaku keluarga pada penanganan awal stroke pada tabel 7, mempunyai skor 3-7 dengan nilai tengah 4,00. Data tersebut menunjukkan bahwa responden dengan nilai perilaku diatas median sebanyak 32 orang (41,56 %) dan nilai perilaku dibawah median sebanyak 45 orang (58,44%). Gambaran perilaku disajikan dalam tabel 8.

**Tabel. 8. Distribusi Frekuensi Gambaran Perilaku
pada Penanganan Awal Stroke (n=77)**

No	Item Pernyataan	Frekuensi			
		Ya	%	Tidak	%
1	Tenangkan pasien dan periksa napasnya	63	81,8	12	15,6
2	Menilai pasien dengan melihat apakah wajah pasien ada yang tertarik sebelah/ tidak simetris, bisa tersenyum/ berbicara, mampu mengangkat tangan atau tidak.	5	6,5	72	93,5
3	Pasien segera diantar ke rumah sakit lebih dari 3 jam setelah serangan	16	20,8	61	79,2
4	Pasien diminta tidur telentang pada tempat tidur yang rata	59	76,6	18	23,4
5	Jika pasien memakai gigi palsu, maka lepaskan terlebih dahulu gigi palsu	51	66,2	26	33,8
6	Mengatur posisi kepala (direndahkan 30 ⁰)	16	20,8	61	79,2
7	Memberi lingkungan yang nyaman agar pasien tidak jatuh	76	98,7	1	1,3
8	Memberikan kesempatan pasien istirahat	72	93,5	5	6,5
9	Menganjurkan pasien batuk	16	20,8	61	79,2

Perilaku keluarga pada penanganan awal stroke kurang baik dimana keluarga yang tidak melakukan penilaian pasien dengan metode FAST 72 (93,5 %), respon segera diantar ke rumah sakit lebih dari 3 jam setelah serangan 61(79,2 %), mengatur posisi kepala (direndahkan 30°) 61 (79,2 %), menganjurkan pasien batuk 61 (79,2 %).

4.2 ANALISA BIVARIAT

4.2.1 Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga

Variabel pengetahuan keluarga tentang faktor resiko dan gejala awal stroke dan perilaku keluarga pada penanganan awal stroke dianalisis terlebih dahulu dengan menggunakan *kolmogorov-Smirnov* (karena besar sampel > 50). Kedua variabel tersebut merupakan data numerik dan mempunyai sebaran data tidak normal sehingga menentukan korelasi kedua variabel tersebut menggunakan uji *spearman rank*. Hasil uji statistik korelasi akan disajikan pada tabel 9.

Tabel 9. Analisis Uji Statistik Korelasi Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke (n=77)

Variabel	Median	SD	Min-Max	P value	Spearman's rho
Pengetahuan	14,00	2.874	9-23	0.000	0.839
Perilaku	4,00	1.109	3-7		

Hasil analisis korelasi antara pengetahuan keluarga dengan perilaku keluarga pada penanganan awal stroke yang menggunakan uji *spearman rank* menunjukkan nilai p sebesar 0.000 ($p < 0.05$) yang berarti terdapat adanya

hubungan antara pengetahuan keluarga tentang faktor resiko dan gejala awal stroke dan perilaku keluarga pada penanganan awal stroke. Dapat dilihat pada tabel 9, bahwa kekuatan korelasi antar kedua variabel kuat dan menunjukkan arah korelasi positif ($r = 0,839$). Korelasi dengan arah positif berarti korelasi tersebut searah (semakin besar nilai satu variabel maka semakin besar pula nilai variabel lainnya), artinya semakin tinggi nilai pengetahuan keluarga maka perilaku keluarga juga semakin baik, sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan antara pengetahuan keluarga dengan perilaku keluarga pada penanganan awal stroke.

BAB V

PEMBAHASAN

Bagian ini akan membahas tentang gambaran dan hubungan pengetahuan keluarga dan perilaku keluarga pada penanganan awal kejadian stroke.

5.1. Gambaran Pengetahuan Keluarga tentang Faktor Resiko dan Gejala Awal Stroke.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan keluarga tentang faktor resiko stroke masih kurang dimana responden yang menjawab salah faktor resiko karena riwayat keluarga dengan stroke 67 (87 %), kesulitan tidur 60 (77,9 %), kekurangan zat besi 58 (75,3 %), tidak bisa mengejan 56 (72,7 %), melakukan aktivitas olahraga secara teratur 55 (71,4 %), kekentalan darah 42 (54,5 %), usia 41 (53,2 %). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Handayani tahun 2019 dengan hasil penelitiannya yang menunjukkan bahwa responden yang menjawab dengan benar sangat sedikit. Pada item pertanyaan factor risiko karena diabetes 9 (11.5%), alkohol 5 (6.4), merokok 3 (3.8%).⁴⁰ Pengetahuan keluarga tentang gejala stroke sangat penting untuk mengenali adanya serangan stroke agar pasien segera diantar ke instalasi gawat darurat/rumah sakit.

Pengetahuan keluarga tentang gejala awal stroke masih kurang dimana responden yang menjawab salah gejala awal yaitu nyeri pada salah satu tangan 63 (81,8 %), gangguan berpikir 59 (76,6 %), kesulitan bernafas 56 (72,7 %), panas 56 (72,7 %), mengalami kebingungan 54 (70,1 %), dada

terasa terbakar 53 (68,8 %), defisit perawatan diri: makan/minum 53 (68,8 %), gangguan menelan 52 (67,5 %), gangguan kemampuan menulis 45 (58,4 %), gangguan penglihatan 41 (53,2 %), pusing dan mual 39 (50,6 %). Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rachmawati bahwa sebagian besar responden (62,07%) mempunyai skor pengetahuan di bawah rata-rata (*mean*), yang menunjukkan bahwa mempunyai pengetahuan yang kurang. Pada item pertanyaan peringatan gejala stroke, responden yang menjawab gangguan penglihatan 11 (20 %), kelemahan pada salah satu sisi wajah 18 (31 %), kesemutan pada salah satu sisi tubuh 19 (32,8 %), nyeri kepala 20 (34,5 %) dan kebingungan 22 (37,9%).

Kurangnya pengetahuan dapat dipengaruhi oleh kurangnya sumber informasi yang diterima oleh keluarga tentang stroke.¹⁵ Informasi tentang faktor resiko, gejala serta penanganan awal stroke bisa didapatkan dari tenaga kesehatan, media sosial (*internet, website, facebook, blog, pesan whatsapp dan twitter*), maupun media masa (*surat kabar, radio dan televisi*). Namun pada kenyataannya masih jarang sumber informasi tersebut memberikan informasi tentang pengenalan gejala dan penanganan awal stroke. Pengenalan tentang faktor resiko dan gejala awal stroke pada keluarga perlu dikembangkan di Indonesia. Tenaga kesehatan harus mengambil peran sebagai pemberi informasi.⁴⁰

Penelitian lain menemukan sebuah hasil yang berbeda. Satu penelitian menjelaskan bahwa sebanyak 92.15 % responden mengetahui risiko stroke, 88.23% mengetahui gejala awal serangan stroke, 96.66% responden

mengetahui kebiasaan yang menyebabkan stroke.⁴¹ Sejalan juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Semet yang menunjukkan bahwa 78% keluarga pasien mengetahui stroke merupakan penyakit yang menyebabkan kerusakan otak, 85 % mengetahui bahwa mengonsumsi makanan berlemak serta alkohol merupakan salah satu penyebab stroke.⁴² Pengetahuan yang kurang tentang faktor resiko dan gejala awal stroke dipengaruhi oleh pendidikan. Pendidikan akan mempengaruhi cara pandang keluarga. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Rachmawati dimana sebagian besar responden (46,5%) berpendidikan sekolah dasar (SD) dan pemahamannya kurang baik tentang faktor resiko dan gejala awal stroke.⁸

Pendidikan mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya dan mempengaruhi perilaku seseorang untuk termotivasi melakukan sesuatu yang lebih baik. Adanya pendidikan akan memudahkan seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang diperoleh sehingga diharapkan akan semakin bertambah pengetahuannya. Pendidikan terutama yang diperoleh secara formal akan lebih mengeksplere dan memudahkan akses untuk mendapatkan informasi tentang stroke sehingga memungkinkan pengetahuan yang dimiliki lebih baik.⁸ Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilakunya. Makin tinggi pendidikan seseorang, makin mudah baginya untuk menerima informasi.⁴³

Keberhasilan penanganan stroke akut dimulai dari pengetahuan keluarga bahwa stroke merupakan keadaan gawat darurat. Pendidikan kesehatan diarahkan untuk membantu keluarga melakukan perawatan diri

serta bertanggung jawab terhadap kesehatan mereka sendiri dan keluarganya. Pendidikan kesehatan ini dapat mencakup beberapa bidang, termasuk promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, masalah kesakitan/disabilitas dan dampaknya pada klien dan keluarga.⁴¹

5.2. Gambaran Perilaku Keluarga Pada Penanganan Awal Kejadian Stroke.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku keluarga kurang baik pada penanganan awal stroke sebanyak 45 orang (58,44 %). Dapat dilihat dari keluarga yang tidak melakukan penilaian pasien dengan metode FAST sebanyak 72 (93,5 %). Menilai pasien dengan metode FAST merupakan salah satu identifikasi termudah mengenal tanda dan gejala awal stroke. FAST merupakan singkatan dari *Face, Arms, Speech, Time*. Keluarga dan masyarakat diharapkan memiliki pengetahuan yang baik tentang FAST yakni dapat menilai pasien dari kesimetrisan wajah, kelumpuhan anggota gerak serta kemampuan berbicara. Bila didapatkan kelainan maka keluarga diharapkan memiliki kesadaran untuk segera membawa pasien ke rumah sakit.⁵ Namun pada kenyataannya penilaian stroke menggunakan metode FAST belum dilakukan oleh sebagian besar masyarakat. Ketidaktahuan keluarga dalam menilai gejala stroke karena kurangnya informasi yang didapatkan baik dari petugas kesehatan maupun dari media sosial. Informasi dari petugas kesehatan atau media soaial masih sangat kurang kepada masyarakat tentang pengenalan gejala awal dan penanganan awal stroke dirumah.⁴¹

Penilaian stroke menggunakan metode FAST perlu diberikan secara berulang-ulang baik melalui media massa (televisi, radio, majalah) maupun media sosial. Pemanfaatan komunikasi media massa dan media sosial yang dilakukan berulang-ulang akan menyebabkan seseorang mengingat hal yang disampaikan serta mendapatkan ide, gagasan/pesan yang baru sehingga meningkatkan pengetahuan yang dimiliki. Pesan yang jelas disampaikan dan hanya berfokus pada suatu hal akan membentuk opini baru untuk terbentuknya pengetahuan. Adanya paparan informasi yang berulang-ulang menyebabkan individu menerima beragam informasi secara terus menerus dan akan menggabungkan informasi tersebut sehingga membentuk pengetahuan, keterampilan dan sikap, yang pada akhirnya juga membentuk perilaku seseorang. Istilah FAST diharapkan dapat membantu masyarakat dan keluarga untuk meningkatkan kewaspadaan terhadap tanda awal serangan stroke dan memiliki kesadaran agar segera membawa pasien ke rumah sakit.⁴¹

Penelitian ini menunjukkan hasil perilaku keluarga pada penanganan awal stroke kurang baik dimana respon segera diantar ke rumah sakit lebih dari 3 jam setelah serangan 61 (79,2 %). *Golden hour* menjadi hal penting karena penanganan stroke sedini mungkin akan mengurangi kematian dan meminimalkan kerusakan otak. *Golden hour* adalah istilah yang digunakan untuk menunjukkan waktu efektif penanganan stroke. Penanganan dini yang paling direkomendasikan untuk stroke diberikan dalam rentang waktu kurang dari tiga jam (*golden hour*) setelah terjadinya serangan stroke.⁴⁴

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmina yang menunjukkan bahwa responden yang membawa pasien stroke ke rumah sakit dengan waktu >4,5 jam (melebihi *golden hour*) sebanyak 12 orang (40%) dan <4,5 jam sebanyak 18 orang (60%). Sejalan juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Haryanti yang menjelaskan bahwa sebesar 31,5% pasien langsung diantar ke rumah sakit. Dari populasi ini sebanyak 12,5% diantar ke rumah sakit >3 jam.

Keterlambatan keluarga untuk segera mengantar pasien ke rumah sakit dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pengetahuan dimana tidak adanya pemahaman keluarga tentang faktor resiko dan gejala awal menyebabkan tidak segera memutuskan untuk mencari bantuan kesehatan. Keluarga dengan Tingkat pendidikan yang rendah akan mempengaruhi cara pandang mereka sehingga pengantaran pasien ke rumah sakit >3 jam setelah serangan. Faktor transportasi juga mempengaruhi keterlambatan ke rumah sakit dimana pasien maupun keluarga yang tidak memiliki fasilitas kendaraan akan mengalami kesulitan untuk segera mengantar pasien ke rumah sakit. Keluarga dengan ekonomi/pendapatan yang rendah akan mengalami kesulitan dalam membiayai perawatan pasien selama di rumah sakit. Faktor sosial budaya dimana sebagian besar responden menunggu keluarga lain yang menjadi pengambil keputusan dan penganggung biaya pasien. Faktor demografi dan geografi juga mempengaruhi terlambatnya keluarga mengantar pasien ke rumah sakit seperti jarak antara rumah penderita dengan petugas kesehatan terdekat.^{10,44}

Faktor usia juga turut mempengaruhi respon untuk segera mengantar pasien ke rumah sakit. Semakin cukup usia maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja.⁴³ Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan karena semakin tinggi usia maka semakin matang emosi yang dimiliki seseorang. Notoatmodjo menyebutkan bahwa usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikir, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik serta dapat mempengaruhi kekuatan dalam berpikir, bekerja dan bertindak.⁸

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku keluarga pada penanganan awal stroke kurang baik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Muswanti yang menjelaskan bahwa perilaku responden sebagian besar kurang baik yakni sebanyak 49 responden (74,2%).⁴⁵ Juga penelitian yang dilakukan oleh Ambarika bahwa perilaku kurang baik sebesar 77 (53,47%) responden.⁴⁶ Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Batubara yang menjelaskan bahwa penanganan di rumah terbanyak adalah penanganan kurang baik sebesar 63,3%.⁷ Kewaspadaan terhadap stroke dengan pengenalan cepat terhadap tanda-tanda stroke sangat diperlukan karena sebagian besar (95%) keluhan pertama serangan stroke terjadi di rumah atau luar rumah sakit. Keterlambatan pertolongan pada fase *prehospital* harus dihindari dengan pengenalan keluhan dan gejala stroke bagi pasien/orang

terdekat serta kecepatan membawa pasien stroke ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan segera.¹¹

Sebagian besar pasien diantar lebih dari 3 jam setelah serangan stroke ke rumah sakit karena kurangnya pengetahuan tentang gejala stroke sehingga tidak mengenali gejala yang ada dan tidak segera berespon membawa pasien ke instalasi gawat darurat.⁸ Pasien stroke yang dibawa ke rumah sakit dengan waktu kurang 3 jam termasuk kedalam waktu penanganan terbaik pada stroke (*golden hour*) akan mendapatkan hasil penatalaksanaan yang lebih efektif jika dibandingkan dengan pasien stroke yang dibawa ke rumah sakit ketika sudah melewati *golden hour*.⁴⁴

5.3. Hubungan Pengetahuan Keluarga dengan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke.

Berdasarkan pengujian menggunakan uji *spearman rank* menunjukkan nilai p sebesar 0.000 ($p < 0.05$). Korelasi antar kedua variabel kuat dan arah korelasi positif ($r = 0,839$). Hal ini menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan keluarga dengan perilaku keluarga pada penanganan awal kejadian stroke. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Ambarika yang menjelaskan bahwa sebagian besar 55 (71,4%) responden memiliki pengetahuan dan perilaku yang kurang baik. Didapatkan nilai p value 0,000 dan nilai OR sebesar 0,062.⁴⁶ Pengetahuan adalah hasil penginderaan seseorang terhadap suatu objek tertentu merupakan salah satu faktor yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*).

Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan.¹⁵

Secara teori perubahan perilaku seseorang dalam kehidupannya terdapat 3 tahapan yaitu pengetahuan, sikap dan praktik/tindakan. Sebelum seseorang mengadopsi perilaku/berperilaku baru, maka harus terlebih dahulu mengetahui apa arti/manfaat perilaku tersebut bagi dirinya/keluarganya. Setelah seseorang mengetahui stimulus/objek tersebut maka proses selanjutnya adalah melakukan penilaian/bersikap terhadap stimulus/objek kesehatan tersebut sesuai dengan apa yang diketahuinya dan selanjutnya diharapkan akan melaksanakan/mempraktikan apa yang diketahui/disikapi. Inilah yang dinamakan praktik kesehatan/perilaku kesehatan. Pengetahuan ini akan muncul berupa perilaku jika ada keadaan yang sesuai yang dapat memicu/mendorong munculnya perilaku tersebut. Adanya perubahan pengetahuan pada seseorang akan memfasilitasi perubahan perilaku pada dirinya.²⁵

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Rachmawati dengan hasil rata-rata (*mean*) skor pengetahuan responden adalah $8,55 \pm SD 4,551$. Sebanyak 62,07 % responden mempunyai skor pengetahuan di bawah rata-rata ($<8,55$), yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai pengetahuan yang kurang tentang faktor risiko dan peringatan gejala stroke yang dapat menyebabkan responden tidak segera membawa pasien ke rumah sakit/instalasi gawat darurat. Hal tersebut ditunjukkan dengan sebanyak 87,9% responden datang ke instalasi gawat darurat >3 jam setelah serangan

stroke dengan rata-rata keterlambatan kedatangan 23 jam 12 menit. Semakin baik keluarga mengetahui tentang faktor risiko serta gejala stroke maka mereka akan merespon dan segera membawa pasien ke fasilitas kesehatan/mencari bantuan kesehatan.⁸ Mempraktekkan pengetahuan tentang peringatan gejala stroke yang dimiliki pada tindakan yang nyata merupakan suatu hal yang sangat penting untuk menurunkan keterlambatan penanganan stroke. Peningkatan pengetahuan pasien atau keluarga tentang stroke akan meningkatkan waktu respon keluarga untuk segera mengantar pasien ke rumah sakit. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan keluarga tentang faktor risiko dan gejala stroke maka keluarga akan segera merespon/menilai suatu stimulus/objek yang berupa faktor risiko dan gejala stroke dengan segera membawa pasien ke rumah sakit/ mencari bantuan kesehatan.¹¹

Proses suatu pengetahuan sampai terjadi *action*/tindakan yang tepat ini terdiri dari beberapa tahapan yaitu mempunyai pengetahuan yang baik tentang peringatan gejala stroke, mampu mengenali, menginterpretasikan peringatan gejala yang ada pada situasi nyata serta segera mengantar pasien ke rumah sakit. Untuk terjadi suatu *action* harus didukung oleh keempat hal tersebut yang tidak terpisahkan. Apabila salah satu dari keempat tahapan tersebut tidak terpenuhi maka pengetahuan yang dimiliki tidak membuat seseorang melakukan *action* yang tepat saat terjadi stroke.⁸

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Muswanti yang menjelaskan adanya hubungan antara pengetahuan pencegahan stroke

dengan perilaku pencegahan stroke, dengan nilai p value (0,003).⁴⁵ Pasien datang >24 jam setelah serangan stroke ke rumah sakit dikarenakan kurangnya pengetahuan tentang gejala stroke, sehingga tidak mengenali gejala yang ada bahkan salah penafsiran terhadap gejala yang terlihat. Keluarga menganggap bahwa gejala yang ada bukan suatu hal yang serius dan berharap gejala akan hilang dengan sendirinya serta tidak segera berespon untuk membawa pasien ke instalasi gawat darurat.⁴⁵

Pengetahuan yang cukup bertujuan agar populasi berisiko mampu memperlihatkan perilaku hidup sehat dalam pencegahan stroke serta mengenal tanda peringatan stroke agar dapat mencari pertolongan medis secara cepat.⁴⁰ Jika keluarga mempunyai pengetahuan yang baik tentang faktor risiko dan peringatan gejala stroke akan menggunakan pengetahuan tersebut sebagai dasar terbentuknya tindakan dengan segera mengantar pasien ke rumah sakit. Respon keluarga untuk mengantar pasien ke rumah sakit dan rerata pengetahuan keluarga menunjukkan kecenderungan bahwa semakin rendah pengetahuan keluarga tentang faktor risiko dan gejala awal maka semakin lama respon untuk segera mengantar pasien ke rumah sakit. Pengetahuan keluarga tentang gejala stroke sangat penting untuk mengenali adanya serangan stroke agar pasien segera diantar ke instalasi gawat darurat/rumah sakit.⁸

Penelitian yang dilakukan Rahmina menyatakan bahwa seseorang yang mempunyai pengetahuan yang kurang tentang faktor risiko, peringatan gejala stroke dan ketidak pahaman tentang konsep "*time is brain*" akan

terlambat dalam merespon stroke sebagai kondisi gawat darurat yang harus memerlukan penanganan segera sehingga semakin memperlambat kedatangan ke rumah sakit/mencari bantuan kesehatan.⁴⁴

Pasien datang tepat waktu ke rumah sakit membutuhkan pengetahuan yang baik tentang faktor risiko dan peringatan gejala stroke dan mampu mempraktekkan pengetahuan yang dimiliki dalam tindakan. Responden yang membawa pasien datang ke instalasi gawat darurat dalam 0-3 jam setelah serangan stroke, mempunyai pengetahuan yang baik tentang faktor risiko dan peringatan gejala stroke. Pengetahuan yang kurang akan menyebabkan kesadaran seseorang akan stroke rendah, sehingga penderita stroke akan terlambat dibawa ke rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan. Perilaku keluarga untuk membawa pasien stroke langsung ke rumah sakit ≤ 3 jam disebut sebagai perilaku baik/sesuai. Keluarga yang tidak segera membawa pasien stroke ke rumah sakit ≤ 3 jam disebut dengan berperilaku buruk.¹⁰

Menurut Notoatmodjo pengetahuan adalah aspek intelektual yang diketahui manusia. Pengetahuan stroke terbagi menjadi dua hal yaitu pengetahuan tentang faktor risiko dan peringatan gejala stroke merupakan dasar untuk menerapkan pencegahan yang efektif dan mendapatkan penanganan awal dengan segera. Pengetahuan tentang faktor risiko stroke sangat penting untuk meningkatkan kesadaran dalam rangka pencegahan stroke baik primer maupun sekunder sehingga individu mampu mengubah atau memodifikasi faktor risiko, dengan demikian akan menurunkan risiko stroke.

Diharapkan keluarga yang mempunyai pengetahuan tentang gejala stroke akan menyadari atau mengenali gejala yang ada untuk segera mencari bantuan kesehatan dan mengurangi keterlambatan.⁸ Keluarga sebagai sumber bantuan yang terpenting memiliki kemampuan untuk mengubah gaya hidup tidak hanya dalam fase rehabilitasi melainkan juga dalam fase pencegahan terutama jika dilengkapi dengan pengetahuan yang tepat.⁸

5.4. KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini mempunyai jumlah sampel yang sesuai dengan hasil perhitungan besar sampel. Populasi dan tempat penelitian telah dilakukan sesuai dengan rencana peneliti hanya waktu yang harus mundur satu bulan dari rencana karena lamanya surat izin penelitian yang dikeluarkan dari pihak rumah sakit. Peneliti juga merasa kesulitan saat menjelaskan maksud dan tujuan penelitian bila berhadapan dengan responden yang tidak bisa berbahasa indonesia, sehingga perlu ada yang membantu untuk menerjemahkan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 KESIMPULAN

Kesimpulan dari hasil penelitian yang berjudul Hubungan Pengetahuan Keluarga dengan Perilaku Keluarga Pada Penanganan Awal Kejadian Stroke adalah sebagai berikut:

- 6.1.1** Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separuh keluarga mempunyai skor pengetahuan dibawah rata-rata ($<14,88$) yang menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga mempunyai pengetahuan yang kurang tentang faktor resiko dan gejala awal stroke.
- 6.1.2** Hasil penelitian menunjukkan lebih dari separuh keluarga mempunyai skor perilaku dibawah rata-rata ($<4,86$) yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai perilaku yang kurang baik pada penanganan awal kejadian stroke.
- 6.1.3** Korelasi pengetahuan keluarga dan perilaku keluarga menunjukan nilai $p= 0.000$ (<0.050), $r= 0839$, yang berarti terdapat hubungan antara pengetahuan dan perilaku dengan kekuatan korelasi antar kedua variabel kuat dan menunjukkan arah korelasi positif dimana semakin tinggi pengetahuan maka semakin baik perilaku keluarga.

6.2 SARAN

6.2.1 Bagi Keluarga dan Masyarakat

- a. Diharapkan keluarga dan masyarakat memiliki kesadaran untuk segera membawa pasien ke rumah sakit, karena *gold period* untuk penanganan pasien stroke adalah 3 jam dan *time is brain*.
- b. Peningkatan pengetahuan dengan cara aktif mencari informasi melalui petugas kesehatan dan sarana informasi lain berupa koran, televisi, radio maupun media sosial mengenai kesehatan terutama penyakit stroke, sehingga dapat mengenali dan mengetahui lebih luas tentang faktor risiko, gejala awal, dan cara penanganan penyakit stroke.

6.2.2 Bagi Pelayanan Kesehatan

- a. Memberikan edukasi deteksi dini *Pre Hospital* dengan metode FAST, pengendalian faktor risiko dan modifikasi gaya hidup, sehingga masyarakat dapat mengetahui bagaimana cara penanganan dini pasca kejadian *stroke* di rumah dan derajat kecacatan dapat ditekan serendah mungkin serta kualitas hidup dapat ditingkatkan.
- b. Pengadaan fasilitas ambulan standar untuk penanganan stroke serta petugasnya yang terlatih dalam pemberian pertolongan pertama pada kegawat daruratan medis.
- c. Bagi puskesmas, dokter keluarga maupun klinik yang menerima pasien stroke agar memberikan penanganan yang cepat dan tepat pada orang yang terserang stroke, mempercepat proses rujukan dan

pengantaran pasien ke rumah sakit yang memiliki fasilitas yang memadai. Dalam memberikan penanganan petugas harus memperhatikan *golden hour* dari pasien. Semakin lama penanganan stroke ditunda semakin berat kerusakan otak yang akan muncul.

6.2.3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian tentang penanganan awal stroke yang dihubungkan dengan variabel lain yang mempengaruhi pengetahuan maupun perilaku keluarga pada penanganan awal stroke yang tidak diteliti pada penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Morton P., Fontaine D, Hudak C., Gallo B. Keperawatan kritis. 8th ed. Subekti N., Yudha E., Yulianti D, Nurwahyu, Kapoh R., editors. Jakarta: EGC; 2012. 1649 p.
2. Word health organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2018. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
3. Penelitian B, Pengembangan. Riset Kesehatan Dasar 2018. 2018.
4. Profil kes. Jateng. Provinsi Jawa Tengah tahun 2015. 2015.
5. Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, Jauch EC, et al. AHA / ASA Guideline 2015 AHA / ASA Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment. 2015. 1-47 p.
6. Mansjoer A, Suprohaita, Wardhani W., Setiowulan W, editors. Kapita selekta kedokteran. 3rd ed. Jakarta: Media Aesculapius; 2006. 738 p.
7. Batubara S., Tat F. Hubungan antara penanganan awal dan kerusakan neurologis pasien stroke di RSUD Kupang. J Keperawatan Soedirman [Internet]. 2015;10(3):143–57. Available from: <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/185/86gmbran>
8. Rachmawati D, Andarini S, Ningsih DK. Pengetahuan keluarga berperan terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke iskemik akut di instalasi gawat darurat. J Kedokt Brawijaya [Internet]. 2017;29(4):369–76. Available from: <http://jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/view/1783/585>
9. Fassbender K, Balucani K, Walter S, Levine S, Haass A et al. Streamlining of prehospital stroke management: The golden hour. Lancet neuro. 2013;12:585–96.
10. Hariyanti T, Harsono, Prabandari YS. Health Seeking Behaviour pada Pasien Stroke. Univ Brawijaya Malang. 2015;28(3):242–6.
11. Adams HP, Bruno A, Connors JJB, Demaerschalk BM, Khatri P, McMullan PW, et al. AHA / ASA Guideline Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. 2013;870–947.
12. Duque AS, Batalha V. Awareness of Stroke Risk Factors and Warning Signs and Attitude to Acute Stroke. Int Arch Med. 2015;8(195):1–18.
13. Fuady N, Sjattar EL, Hadju V. Pengaruh pelaksanaan discharge planning terhadap dukungan psikososial keluarga merawat pasien stroke di RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo. J JST Kesehat. 2016;6(2):172–8.
14. Friedman M, Bowden V, Jones E. Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, teori & praktik. 5th ed. Tiar E, editor. Jakarta: EGC; 2013. xxii+664.

15. Susanto T. Buku ajar keperawatan keluarga: Aplikasi teori pada praktik asuhan keperawatan keluarga. Jakarta: TIM; 2012. x+227.
16. Tarwoto, Wartonah, Suryati E. Keperawatan medikal bedah gangguan sistem persarafan. 1st ed. Jakarta: Sagung Seto; 2007.
17. Lingga L. All about stroke: Hidup sebelum dan pasca stroke. Jakarta: Kompas Gramedia; 2013.
18. Ginsberg L. Lecture notes: Neurologi. 8th ed. Safitri A, Astikawati R, editors. Jakarta: Erlangga; 2008.
19. Muttaqin A. Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan. Jakarta: salemba medika; 2008. 302 p.
20. Stillwell S. Pedoman keperawatan kritis. 3rd ed. Jakarta: EGC; 2012. xii+797.
21. Juwono T. Penatalaksanaan kasus-kasus darurat neurologi. Jakarta: Widya Medika; 1993.
22. Batticaca F. Asuhan keperawatan pada klien dengan dengan gangguan sistem persarafan. Jakarta: salemba medika; 2011. 190 p.
23. Alway D, Cole J., editors. Esensial stroke untuk layanan primer; Stroke essentials for primary care: Apractical guide. Jakarta: EGC; 2012.
24. Pandji D. Stroke bukan akhir segalanya. Jakarta: Kompas Gramedia; 2011.
25. Notoatmodjo S. Kesehatan Masyarakat: Ilmu & seni. Jakarta: Rineka Cipta; 2007. xi+427.
26. Tim bantuan medis panacea. Basic life support: Buku panduan. 13th ed. Ramsi I., editor. Jakarta: EGC; 2014. xii+188.
27. Setiadi. Konsep dan praktik penulisan riset keperawatan. 2nd ed. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2013. xiv+354.
28. Nursalam. Metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pendekatan praktis. 3rd ed. Jakarta: salemba medika; 2014. 452 p.
29. Sarwono J. Metode penelitian kuantitatif & kualitatif. Jakarta: Graha Ilmu;
30. Wasis. Pedoman riset praktis: Untuk profesi perawat. Karyuni P, Ester M, editors. Jakarta: EGC; 2008. viii+231.
31. Hidayat A. Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data. 1st ed. Jakarta: salemba medika; 2011. 220 p.
32. Stevens P, Chalk A, Slevin O. Pengantar riset: Pendekatan ilmiah untuk profesi kesehatan. Widyastuti P, Patrisia R, editors. Jakarta: EGC; 2006. xvi+284.
33. Hidayat A. Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah. Jakarta:

salemba medika; 2008. 142 p.

34. Hamid AY s. Buku ajar riset keperawatan: Konsep,etika & instrumentasi. 2nd ed. Ester M, Widiarti D, editors. Jakarta: EGC; 2008. vii+135.
35. Joeharno M Z. Analisa Data Dengan SPSS; Belajar mudah untuk penelitian kesehatan. Jakarta: EGC; 2015. 116 p.
36. Notoatmodjo S. Metodologi penelitian kesehatan. Revisi. Jakarta: Rineka Cipta; 2012. xix+243.
37. Prasetyo B. JL. Metode Penelitian Kuantitatif; Teori dan aplikasi. 1st ed. Jakarta: Rajawali pers; 2014. 252 p.
38. Brockopp PY . Tolsma MT. No TitleDasar-Dasar Riset Keperawatan. 2nd ed. Jakarta: EGC; 2014.
39. Nasir A., Muhith A. IM. Buku Ajar Metodologi Penelitian Kesehatan; Konsep pembuatan karya tulis dan thesis untuk mahasiswa kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2011. 320 p.
40. Handayani F. Pengetahuan Tentang Stroke, Faktor Risiko, Tanda Peringatan Stroke dan Respon Mencari Bantuan pada Pasien Stroke Iskemik. Semarang: Proceeding; 2019.
41. Purba I, Sinaga J, Sari M. Deteksi Dini Pre Hospital Stroke Dan Modifikasi Gaya. 2015;
42. Semet, Prof R D GR, Kembuan MAHN, Karema W. Gambaran pengetahuan stroke pada penderita dan keluarga. 2016;4:4–9.
43. Pasaribu DMR, Tedjasukmana R, Gu HJA. Artikel Penelitian Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan Masyarakat tentang Stroke di RT 010 RW 03 Kelurahan Tanjung Duren Selatan Jakarta Barat Factors Affecting Community Knowledge About Stroke in RT 010 RW 03 Tanjung Duren Selatan Sub-District Wes. 2018;42.
44. Rahmina Y., Wahid A. AR. Tingkat pendidikan keluarga terhadap golden hour pasien stroke di rsud ulin banjarmasin. 2017;5(1):68–77.
45. Muswanti IJ. Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pencegahan Komplikasi Stroke pada Penderita Hipertensi. 2016;
46. Ambarika R., Agoes A. KH. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Waspada Stroke pada Kelompok Resiko Tinggi. 2015;5(2):223–42.

LAMPIRAN

**Lampiran 1. Surat Permohonan Ijin Pengambilan Data Awal Proposal
Penelitian di RSUD K.R.M.T.Wongsonegoro Semarang**



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Prof. H. Soedarto, SH – Tembalang – Semarang kodepos : 50275 – kotak pos :1269
Telepon. (024) 76928010 Faximile. (024) 76928011
email : dean@fk.undip.ac.id laman : fk.undip.ac.id

Nomor : 8219 /UN7.5.4.1/DL/2018
Hal : Permohonan Ijin Pengambilan Data Awal

16 NOV 2018

Yth. Direktur
RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang
Jalan Fatmawati No. 1 Ketileng
Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan pengambilan data penelitian pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Marina T.N Rosmary
NIM : 22020117183016
Judul/Topik : Hubungan Antara Pengetahuan Keluarga Dengan Perilaku Keluarga Pada Penanganan Awal Kejadian Stroke
Pembimbing : Fitria Handayani, S.Kp.,M.Kep.Sp.KMB

Adapun tempat pengambilan data yang dituju adalah : RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



a.n Dekan,
Wakil Dekan Akademik dan Kemahasiswaan

Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes.,Sp.S(K) ✓
NIP.196607021995121001

- Tembusan
1. Dekan FK Undip
 2. Kepala Diklat RSUD K.R.M.T Wongsonegoro
 3. Kabid. Keperawatan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro
 4. Ketua Departemen Ilmu Keperawatan

**Lampiran 2. Surat Permohonan Pengambilan data awal ke Kepala Badan
Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang**



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Prof. H. Soedarto, SH – Tembalang – Semarang kodepos : 50275 – kotak pos :1269
Telepon. (024) 76928010 Faximile. (024) 76928011
email : dean@fk.undip.ac.id laman : fk.undip.ac.id

Nomor : **8818** /UN7.5.4.1/DL/2018
Hal : Permohonan Ijin Pengambilan Data Awal

16 NOV 2018

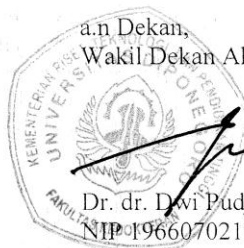
Yth. Kepala
Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
Jalan Pemuda No. 175
Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan pengambilan data penelitian pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Marina T.N Rosmary
NIM : 22020117183016
Judul/Topik : Hubungan Antara Pengetahuan Keluarga Dengan Perilaku Keluarga Pada Penanganan Awal Kejadian Stroke
Pembimbing : Fitria Handayani, S.Kp.,M.Kep.Sp.KMB

Adapun tempat pengambilan data yang dituju adalah : RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



a.n Dekan,
Wakil Dekan Akademik dan Kemahasiswaan

Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes.,Sp.S(K)✓
NIP.196607021995121001

Tembusan
1. Dekan FK Undip
2. Ketua Departemen Ilmu Keperawatan

Lampiran 2. Surat Ijin Pengambilan data awal dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang



**PEMERINTAH KOTA SEMARANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jl. Pemuda No. 175 Semarang Telp. 3584045 Hunting: 3584077 Pws. 2601,2602,2603,2604,2605,2606 Fax.3584045

SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET

Nomor : 070/1907/XII/2018

- I. DASAR : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tanggal 20 Desember 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
2. Peraturan Daerah Pemerintah Kota Semarang Nomor 13 tahun 2008, Tanggal 7 Nopember 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Semarang.
3. Peraturan Walikota Semarang Nomor 44 Tahun 2008 Tanggal 24 Desember 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang
- II. MEMBACA : Surat dari Wakil Dekan Akademik dan Kemahasiswaan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
- Nomor : 8818/UN7.5.4.1/DL/2018
- Tanggal : 16 Desember 2018
- III. Pada Prinsipnya kami **tidak keberatan/ dapat menerima** atas pelaksanaan penelitian / survey di Kota Semarang.
- IV. Yang dilaksanakan oleh :
1. Nama : **Marina T.N Rosmary**
2. Kebangsaan : Indonesia
3. Alamat : Bhoakora RT/RW 003/005 Kel. Ndururea I Kec. Nangapanda Kabupaten Ende
4. Pekerjaan : Mahasiswa
5. Penanggungjawab : Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes.,Sp.S(K)
6. Judul Penelitian : " Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga Pada Penanganan Awal Kejadian Stroke"
7. Lokasi : Kota Semarang
- V. KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT:
1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Setempat/Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan

2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk penelitian yang mendapat dukungan dana sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah Politik dan atau Agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.
 3. Surat rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
 4. Setelah survey / riset selesai supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
- VI. Surat Rekomendasi Penelitian / Riset ini berlaku dari :
Tanggal 27 Desember 2018 s/d 27 Mei 2019.
- VII. Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Semarang, 27 Desember 2018
An Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kota Semarang
Sekretaris


Drs. R. DEATI PRIJONO, MSi
Pembina Tk. I
NIP. 19610214 198603 1 009



Lampiran 3. Permohonan Ijin menggunakan kuesioner pengetahuan

mail - KUESIONER

https://mail.google.com/mail/u/0?ik=1d91ff4b49&view=pt&search=



rien rosmay <rienrosmay83@gmail.com>

KUESIONER

5 pesan

Dewi Rachmawati <rachmawati_dewi13@yahoo.com>
Kepada: Rien Rosmary <rienrosmay83@gmail.com>

23 November 2018 18.16

1. jika Anda menggunakan kuesioner saya mohon nnt dituliskan bahwa kuesionernya diadaptasi dari penulis jurnal beserta judulnya, contohnya: diadaptasi dari rachmawati dkk (2017) dalam penelitiannya yang blerjudul Pengetahuan keluarga berperan terhadap keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke Iskemik Akut di IGD

2. Mohon disitasi di link ini:

[Dewi Rachmawati - Pengutipan Google Scholar](https://scholar.google.com/citations?user=JkbUbAc&hl=id) dan <http://jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/view/1783>

Dewi Rachmawati - Pengutipan Google Scholar

3. Mohon dituliskan didaftar pustaka dengan cara penulisan dibawah ini:
Rachmawati, D., Andarini, S., & Ningsih, D. K. (2017). Pengetahuan Keluarga Berperan terhadap Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke Iskemik Akut di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 29(4), 369-376.

KUESIONER.pdf
279K

rien rosmay <rienrosmay83@gmail.com>
Kepada: rachmawati_dewi13@yahoo.com

23 November 2018 22.12

Terima kasih banyak Ibu atas bantuan. Tuhan memberkati selalu 🙏
[Kutipan teks disembunyikan]

rien rosmay <rienrosmay83@gmail.com>
Kepada: rachmawati_dewi13@yahoo.com

30 November 2018 19.46

Selamat malam Ibu, minta maaf mengganggu. Saya mohon ijin penjelasan dari Ibu tentang validitas dan reliabilitas dari kuesioner yang ada. Terima kasih banyak Ibu atas bantuan 🙏
[Kutipan teks disembunyikan]

rachmawati_dewi13 <rachmawati_dewi13@yahoo.com>
Kepada: rienrosmay83@gmail.com

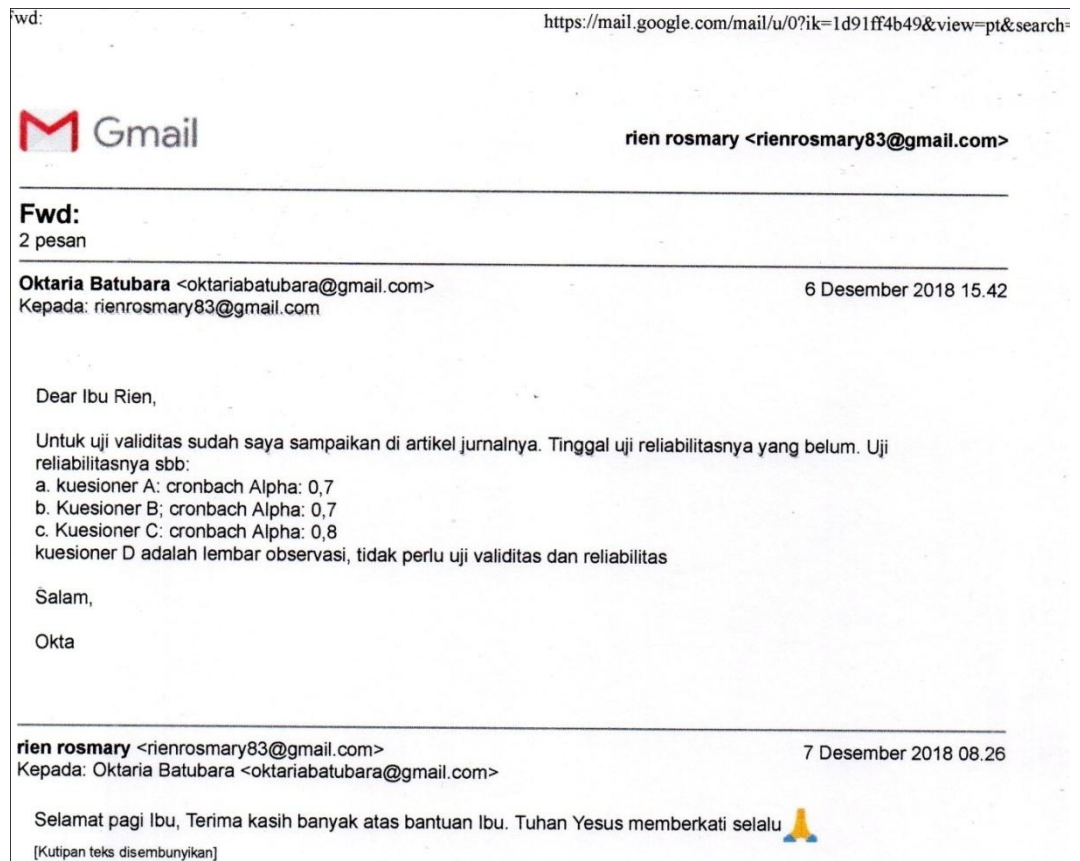
30 November 2018 20.57

Mohon maaf..monggo di uji validitas dan reliabilitas sendiri..

Dikirim dari ponsel cerdas Samsung Galaxy saya.

----- Pesan asli -----
Dari: rien rosmay <rienrosmay83@gmail.com>
Tanggal: 30/11/18 19:46 (GMT+07:00)
Ke: rachmawati_dewi13@yahoo.com
Subjek: Re: KUESIONER

Lampiran 4. Permohonan Ijin menggunakan kuesioner Perilaku



Lampiran 5. Surat permohonan *Ethical Clearance*/ EC



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN
Jl. Profesor Soedarto, SH, Tembalang, Semarang 50275
Telepon : (024) 76480919 Faximile : (024) 76486849
Website : www.keperawatan.undip.ac.id

Nomor : 19 /UN7.5.4/D.Kep/DL/2019
Lampiran : ---
Perihal : Permohonan Ethical Clearance

04 JAN 2019

Yth. Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan
FK. UNDIP/RSUP Dr. Kariadi Semarang
Semarang

Kami beritahukan bahwa mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro tersebut dibawah ini:

Nama : MARINA T.N. ROSMARY
NIM : 22020117183016
No. HP : 081236098488

Akan melaksanakan penelitian dengan judul : Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga Pada Penanganan Awal Kejadian Stroke.

Proposal yang bersangkutan sudah melalui proses review secara akademik di Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Dosen Pembimbing : Fitria Handayani. S.Kp.,M.Kep.,Sp.KMB
Reviewer : 1. Ns. Yuni Dwi Hastuti, S.Kep.,M.Kep
2. Muhammad Hasib Ardani. S.Kp.,M.Kes.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami mengajukan permohonan Ethical Clearance untuk penelitian tersebut.

Atas perhatian Saudara kami ucapkan terima kasih.



Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes
NIP 197109191994031001

Tembusan :
1. Sekretaris Departemen Keperawatan FK UNDIP
2. Pembimbing
3. Pertiinggal

Lampiran 6. *Ethical Clearance*

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No.14/EC/KEPK/FK UNDIP/I/2019

Penelitian yang diusulkan oleh :
Research protocol proposed by

Peneliti Utama : MARINA T.N ROSMARY
Principal Investigator

Institusi : FAKULTAS KEDOKTERAN
of the Institution
UNIVERSITAS DIPONEGORO

Judul:

**'HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DAN PERILAKU KELUARGA PADA
PENANGANAN AWAL KEJADIAN STROKE'**

*HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DAN PERILAKU KELUARGA PADA PENANGANAN
AWAL KEJADIAN STROKE"*

Penelitian layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Research is considered to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Fairness of Burden and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Penerapan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 17 Januari 2019 sampai dengan tanggal 17 Januari 2022.

Declaration of ethics applies during the period January 17, 2019 until January 17, 2022.



January 17, 2019

Professor and Chairperson,

Suprihati, M.Sc, Sp.THT-KL (K)

Lampiran 7. Surat Permohonan Uji Expert kuesioner penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN
DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN

Jalan Prof. H. Soedarto, S.H, Tembalang Semarang, kodepos : 50275, kotak pos 1269
Telepon : (024) 76480919 Faximile : (024) 76486849
Website : www.ners.fk.undip.ac.id

Nomor : 230 /UN7.5.4/D.Kep/DL/2019
Perihal : Permohonan Uji Expert
Kuesioner Penelitian

11 FEB 2019

Yth. Ns Rita Hadi W, S.Kp., M.Kep.Sp.Kep, Kom
Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UN
Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : MARINA T.N. ROSMARY
NIM : 22020117183016
No. Hp : 081236098488
Judul : Hubungan Pengetahuan keluarga dan perilaku keluarga pada penanganan awal kejadian stroke
Pembimbing : Fitria Handayani. S.Kp., M.Kep., Sp.KMB

untuk melakukan Uji Expert Kuesioner Penelitian.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Ketua Departemen,

Tembusan :

1. Sekretaris Departemen Keperawatan FK UNDIP
2. Pertinggal

Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes
NIP 197109191994031001

Lampiran 7. Surat Permohonan Uji Expert kuesioner penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN
DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN

Jalan Prof. H. Soedarto, S.H, Tembalang Semarang, kodepos : 50275, kotak pos 1269
Telepon : (024) 76480919 Faximile : (024) 76486849
Website : www.ners.fk.undip.ac.id

Nomor : 231 /UN7.5.4/D.Kep/DL/2019
Perihal : Permohonan Uji Expert
Kuesioner Penelitian

11 FEB 2019

Yth. Ns. Arif Basuki Rahmat, S.Kep., MANP

Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : MARINA T.N. ROSMARY
NIM : 22020117183016
No. Hp : 081236098488
Judul : Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke
Pembimbing : Fitria Handayani. S.Kp., M.Kep., Sp.KMB

untuk melakukan Uji Expert Kuesioner Penelitian.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Ketua Departemen,

Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes
NIP 197109191994031001

Tembusan :

1. Sekretaris Departemen Keperawatan FK UNDIP
2. Peringgal

Lampiran 8. Surat Permohonan Uji Validitas dan Reliabilitas



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO

FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Prof. H. Soedarto, S.H, Tembalang Semarang, kodepos : 50275, kotak pos 1269
Telepon : (024) 76928010 Faximile : (024) 76928011
Email : dean@fk.undip.ac.id laman : fk.undip.ac.id,

Nomor : 1422 /UN7.5.4/DL/2019
Perihal : Permohonan Uji Validitas dan Realibilitas
Kuesioner Penelitian

05 MAR 2019

Yth. Direktur RSUD Tugurejo
Jl. Walisongo KM. 8,5No.137
Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : MARINA T.N. ROSMARY
NIM : 22020117183016
No. Hp : 081236098488
Judul : Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke
Pembimbing : Fitria Handayani. S.Kp.,M.Kep.,Sp.KMB

untuk melakukan uji validitas dan reliabilitas alat penelitian yang akan dilakukan di RSUD Tugurejo.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Tembusan :
1. Wakil Dekan Sumberdaya FK UNDIP
2. Kepala Instalasi Diklat RSUD Tugurejo
3. Kabid Keperawatan RSUD Tugurejo
4. Departemen Ilmu Keperawatan FK UNDIP

Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes.,Sp.S(K)
NIP 196607201995121001

Lampiran 9. Surat Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas dari RSUD Tugurejo

Semarang



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO
Alamat Kantor : Jl. Raya Walisongo KM 8,5 No.137 Semarang Telp. 7605378,7605297
Fax.7604398 Email : tugurejo@jatengprov.go.id Website : www.rstugurejo.jatengprov.go.id

Semarang, 28 Maret 2019

Nomor : 423-4/01471
Lampiran : -
Perihal : Ijin Uji Validitas dan Realibilitas

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro (UNDIP)
di-

S E M A R A N G

Menindaklanjuti surat Saudara nomor : 1422/UN.7.5.4.1/DL/2019 tanggal 5 Maret 2019 perihal tersebut pada pokok surat, pada dasarnya kami **tidak keberatan dan memberi ijin** untuk melaksanakan Uji Validitas dan Realibilitas di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah kepada mahasiswa yang Saudara ajukan :

NAMA : MARINA T.N. ROSMARY
NIM : 22020117183016
PRODI : S1 Keperawatan
JUDUL : "Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Awal Kejadian Stroke di Ruangan Rawat Jalan dan Rawat Inap "

Biaya Penelitian yang dibebankan sesuai Peraturan Gubernur Provinsi Jawa Tengah nomor 21 Tahun 2017 tentang Tarif Pelayanan pada Badan Layanan Umum Daerah RSUD dan RSJD Provinsi Jawa Tengah dan Keputusan Direktur RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah nomor : 900/001/2019 tentang Tarif Clinical Instructure (CI) / Pembimbing Klinik Kegiatan Praktik / Magang / Penelitian di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ats : ke mang Amanda
- ke mang RITA
mohon untuk difasilitasi dalam
mencari data guna pengurusan
skripsi
BTS / 3/4/19

EMBUSAN : WS Wati
Direktur RSUD Tugurejo (sebagai laporan)

an.DIREKTUR RSUD TUGUREJO
PROVINSI JAWA TENGAH
Wadiv Umum dan Keuangan

Dra. RETNO SUDEWI, Apt., MSi, MM
Pembina Tingkat I
NIP: 19681124 199310 2 001

Lampiran 10. Surat keterangan lulus uji etik dari RSUD Tugurejo Semarang

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO
Jl. Walisongo KM 8,5 No. 137 Semarang, Jawa Tengah, 50185 ;
Telp. (024) 7605378, 7605297 Ext 1403; Fax. (024) 7604398
Laman: www.rstugurejo.jatengprov.go.id/; Surel : kepkrsudtugurejo@gmail.com

ETHICAL CLEARANCE
No. 45/KEPK.EC/III/2019

Komisi etik Penelitian dan Kesehatan RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

**"HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DAN PERILAKU KELUARGA PADA
PENANGANAN AWAL KEJADIAN STROKE"**

Peneliti : *Marina T.N. Rosmary*

Pembimbing : Fitria Handayani, S.Kp, M.Kep., Sp. KMB

Institusi : Departemen Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas
Diponegoro

Pelaksanaan : Dilaksanakan di Instalasi Rawat Inap dan Instalasi Rawat Jalan,
RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah.

Setuju untuk dilaksanakan, dengan memperhatikan prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Komite Etik Penelitian Nasional dan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2011.

Peneliti harus melampirkan 3 kopi lembar *Inform Consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan untuk menyerahkan :

- ☐ Laporan kemajuan penelitian (*clinical trial*).
- ☐ Laporan kejadian efek samping jika ada.
- ☐ Laporan ke KEPK jika penelitian sudah selesai & dilampiri Abstrak Penelitian.

Semarang, 22 Maret 2019

Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan
RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah

[Signature]
dr. AGUS SAPTANTO, Sp.A
NIP. 19681117 199803 1 002

Scanned with
CamScanner

Lampiran 11. Surat Permohonan Ijin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO

FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Prof. H. Soedarto, S.H, Tembalang Semarang, kodepos : 50275, kotak pos 1269

Telepon : (024) 76928010 Faximile : (024) 76928011

Email : dean@fk.undip.ac.id laman : fk.undip.ac.id,

Nomor : 1921 /UN7.5.4.2/DL/2019
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

22 MAR 2019

Yth. Kepala
Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
Jalan Pemuda NO. 175
Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : MARINA T.N. ROSMARY
NIM : 22020117183016
No HP : 081236098488
Judul penelitian : Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke
Pembimbing : Fitria Handayani. S.Kp.,M.Kep.,Sp.KMB

Adapun tempat penelitian yang dituju adalah : RSUD K.R.M.T.Wongsonegoro Semarang.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

an, Dekan

Wakil Dekan Sumberdaya,



Dr. dr. Udadi Sadhana, M.Kes. Sp.PA. ✓
NIP.196308211991031001

Tembusan :
1. Dekan Fakultas Kedokteran UNDIP
2. Departemen Ilmu Keperawatan FK UNDIP

Lampiran 11. Surat Permohonan Ijin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO

FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Prof. H. Soedarto, S.H, Tembalang Semarang, kodepos : 50275, kotak pos 1269
Telepon : (024) 76928010 Faximile : (024) 76928011
Email : dean@fk.undip.ac.id laman : fk.undip.ac.id,

Nomor : 1922 /UN7.5.4.2/DL/2019
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

22 MAR 2019

Yth. Direktur
RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang
Jalan Fatmawati No. 1 Ketileng
Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

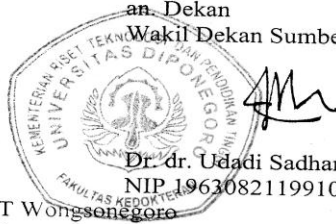
Nama : MARINA T.N. ROSMARY
NIM : 22020117183016
No HP : 081236098488
Judul penelitian : Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke
Pembimbing : Fitria Handayani. S.Kp.,M.Kep.,Sp.KMB

Adapun tempat penelitian yang dituju adalah : RSUD K.R.M.T.Wongsonegoro Semarang.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

an. Dekan

Wakil Dekan Sumberdaya,



Dr. dr. Udadi Sadhana, M.Kes. Sp.PA. ✓
NIP 196308211991031001

Tembusan :

1. Dekan Fakultas Kedokteran UNDIP
2. Kepala Instalasi Diklat RSUD K.R.M.T Wongsonegoro
3. Kabid keperawatan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro
4. Ketua Departemen Ilmu Keperawatan FK UNDIP

Lampiran 12. Surat Ijin Penelitian dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang



**PEMERINTAH KOTA SEMARANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jl. Pemuda No. 175 Semarang Telp. 3584045 Hunting: 3584077 Pws. 2601,2602,2603,2604,2605,2606 Fax.3584045

SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET

Nomor : 070/1568/III/2019

- I. DASAR : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tanggal 20 Desember 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
2. Peraturan Daerah Pemerintah Kota Semarang Nomor 13 tahun 2008, Tanggal 7 Nopember 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Semarang.
3. Peraturan Walikota Semarang Nomor 44 Tahun 2008 Tanggal 24 Desember 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang.
- II. MEMBACA : Surat dari Wakil Dekan Sumberdaya Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
- Nomor : 1921/UN7.5.4.2/DL/2019
- Tanggal : 22 Maret 2019
- III. Pada Prinsipnya kami **tidak keberatan/ dapat menerima** atas pelaksanaan penelitian / survey di Kota Semarang.
- IV. Yang dilaksanakan oleh :
1. Nama : **Marina T.N. Rosmary**
2. Kebangsaan : Indonesia
3. Alamat : Bhoakora Rt. 003/Rw. 005 Kel. Ndorurea I Kec. Nangapanda Kab. Ende
4. Pekerjaan : Tidak Bekerja
5. Penanggungjawab : Dr. dr.Udadi Sadhana, M.Kes.Sp.PA.
6. Judul Penelitian : "Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga Pada Penanganan Awal Kejadian Stroke".
7. Lokasi : Kota Semarang
- V. KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT:
1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Setempat/Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan Surat Pemberitahuan ini.

2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk penelitian yang mendapat dukungan dana sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah Politik dan atau Agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.
 3. Surat rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
 4. Setelah survey / riset selesai supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
- VI. Surat Rekomendasi Penelitian / Riset ini berlaku dari :
Tanggal 27 Maret 2019 s/d 27 Agustus 2019.
- VII. Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Semarang, 27 Maret 2019
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kota Semarang



ABDUL HARIS, SH, MM
Pembina Tk. I
NIP 19630317 199103 1 006

Lampiran 13. Surat Ijin Penelitian dari RSUD K.R.M.T.Wongsonegoro Semarang



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
K.R.M.T WONGSONEGORO
INSTALASI PENDIDIKAN DAN PELATIHAN
Jl. Fatmawati No. 1 Telp.(024) 6711500, Fax (024) 6717755 Kode Pos : 50272 Semarang

Semarang, 6 Mei 2019

Nomor : 132/DIKLAT/V/2019

Lampiran: -

Perihal : **Pengantar Penelitian**

K e p a d a :

Yth. Ka. Instalasi Rekam Medis
Ka. Instalasi Rawat Inap
RSUD K.R.M.T Wongsonegoro
Kota Semarang

di -

SEMARANG

Bersama ini kami kirimkan Peneliti, atas :

Nama : Marina T.N Rosmary
NIM : 22020117183016
Institusi : SI Keperawatan FK UNDIP
Judul : Hubungan Antara Pengetahuan Keluarga Dengan Perilaku Keluarga Pada Penanganan Awal Kejadian Stroke

Untuk dapat melakukan penelitian dan pengambilan data terkait judul di atas di Instalasi Rekam Medis dan Rawat Inap. Demi kelancaran pelaksanaan penelitian tersebut, kami mengharapkan bantuan dan bimbingannya.

Demikian untuk menjadikan maklum. Atas perhatiannya kami mengucapkan terima kasih.

Nb: Kepada :

Yth. Ka Ru yudistira, N₂, N₃
Mohon dibantu mahasiswa dalam
Pengambilan data untuk penelitian, btl

Ka Ru yudistira
(Rini Lusiwati)

Kepala Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro
Kota Semarang

(Signature)
drg. Nurhaerani, Sp.KGA PhD
NIP.19670122 199312 2 001

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

- 1. Kepala Ruang Terkait;**
- 2. Yang bersangkutan;**
- 3. Pertinggal.**

Lampiran 14. Lembar Informed Consent

JUDUL PENELITIAN : Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku
Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke.

INSTANSI PELAKSANA : RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

(INFORMED CONSENT)

Bapak/ Ibu/ Sdr/i Yth...

Perkenalkan nama saya Marina T.N Rosmary adalah mahasiswa Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Guna menjalankan penelitian dalam mencapai gelar S1. Penelitian yang akan saya lakukan berjudul “ Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke“.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan keluarga dan perilaku keluarga pada penanganan awal kejadian stroke di RSUD K.R.M.T.Wongsonegoro Semarang . Saya memohon dengan kerendahan hati kepada Bapak/ Ibu/ Sdr/i meluangkan sedikit waktu kurang lebih 20 menit untuk dapat mengisi kuesioner yang akan diberikan.

Manfaat dari penelitian ini adalah sebagai informasi kepada keluarga pasien stroke tentang pentingnya mengetahui faktor resiko dan gejala awal stroke yang dapat menghindari keterlambatan dalam penanganan awal kejadian stroke sehingga mengurangi tingkat kecacatan dan angka kematian.

Penelitian ini juga sebagai sumber informasi awal untuk penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan perilaku keluarga pada penanganan awal kejadian stroke. Partisipasi Bapak/ Ibu/ Sdr/i dalam penelitian ini juga tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang bisa merugikan Bapak/Ibu/ Sdr/i dalam bentuk apapun. Data dan informasi yang Bapak/ Ibu/ Sdr/i berikan dapat saya jamin kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subyek dan data tersebut hanya akan saya gunakan untuk kepentingan penelitian, pendidikan dan

ilmu pengetahuan. Maka dari itu Bapak/ Ibu/ Sdr/i tidak perlu takut atau ragu-ragu dalam memberikan jawaban yang sejujurnya. Artinya semua jawaban yang diberikan oleh Bapak/ Ibu/ Sdr/i adalah benar dan jawaban yang diminta adalah sesuai dengan kondisi yang dirasakan bapak/ ibu selama ini.

Apabila ada yang belum jelas, Bapak/ Ibu/ Sdr/i dapat menghubungi saya “Marina T.N Rosmary” melalui telepon 081236098488 di Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Demikian penjelasan dari saya. Terima kasih atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu/ Sdr/i dalam penelitian ini.

Setelah mendengar dan memahami penjelasan sebelum penelitian, dengan ini saya menyatakan

SETUJU/TIDAK SETUJU

Untuk ikut sebagai responden/sampel penelitian.

Semarang, 2019

Peneliti

Responden

()
)

(

Saksi 1*

Saksi 2*

()

()

Orangtua/saudara/.....responden

*diisi apabila pasien adalah anak atau tidak mampu untuk memberikan persetujuan

Lampiran 15. Kuesioner Penelitian



KUESIONER PENELITIAN

Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah semua pertanyaan dan pilihan jawaban dengan teliti
2. Semua pertanyaan sedapat mungkin diisi secara jujur
3. Jika ada kesulitan dalam pengisian, mintalah petunjuk langsung kepada peneliti
4. Setelah selesai kembalikan kuesioner ini pada peneliti atau petugas yang memberikan kuesioner ini pada anda
5. Atas partisipasi Bapak/ Ibu/ Saudara kami mengucapkan terima kasih

BIODATA RESPONDEN

Petunjuk pengisian: isilah titik-titik dan berikan tanda (✓) pada kotak yang disediakan sesuai dengan jawaban anda.

1. Nomor responden : (diisi oleh petugas)
2. Tanggal pengisian :// 2019
3. Umur : thn
4. Jenis kelamin : L ☐ P ☐
5. Pendidikan : Tidak sekolah ☐ SMA ☐
SD ☐ PT ☐
SMP ☐
6. Pekerjaan :
7. Tanggal pasien masuk rumah sakit :
8. BPJS/ Jaminan kesehatan :
9. Jarak dari Rumah ke Rumah sakit :

A. PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG FAKTOR RESIKO DAN PERINGATAN GEJALA STROKE

Petunjuk pengisian: jawablah pertanyaan-pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda (√) pada kolom yang anda anggap benar.

1. Faktor resiko yang dapat menyebabkan stroke adalah:

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Usia		
2	Tekanan darah tinggi		
3	Melakukan aktivitas olahraga secara teratur		
4	Kesulitan tidur		
5	Merokok		
6	Kencing manis (Diabetes Melitus)		
7	Kekurangan zat besi		
8	Riwayat terkena serangan jantung atau mempunyai penyakit jantung		
9	Mengonsumsi alkohol		
10	Riwayat keluarga dengan stroke		
11	Kekentalan darah		
12	Tidak bisa mengejan		
13	Kadar kolesterol tinggi		

2. Gejala-gejala stroke awal adalah:

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Sering pusing disertai mual yang berlangsung terus menerus meskipun telah minum obat		
2	Nyeri kepala yang hebat		
3	Kesulitan bernafas		
4	Muka terasa tebal/ mati rasa		

No	Pernyataan	Benar	Salah
5	Kaki dan tangan terasa kebas atau mati rasa		
6	Kelemahan pada salah satu sisi tubuh/ tangan dan kaki sulit digerakkan		
7	Terjadi Kehilangan keseimbangan saat berjalan		
8	Dada terasa terbakar		
9	Tulisan menjadi jelek atau bahkan tidak bisa dibaca		
10	Tidak mampu berbicara dengan jelas		
11	Mendadak mengalami kebingungan		
12	Penglihatan pada salah satu mata atau keduanya mendadak buram		
13	Mengalami kesulitan menelan makanan		
14	Tiba-tiba nyeri pada salah satu tangan		
15	Ketika makan/minum sering berceceran karena makanan/minuman tidak dapat masuk kedalam mulut dengan semestinya		
16	Mengalami kemunduran cara berpikir/ lupa ketika berkomunikasi dengan orang lain		
17	Panas		

B. PENANGANAN AWAL DI RUMAH

Petunjuk pengisian: jawablah pertanyaan-pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda (✓) pada kolom sesuai dengan tindakan yang anda lakukan saat serangan terjadi dirumah.

Tindakan awal yang dilakukan saat keluarga mengalami serangan stroke di rumah adalah:

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Tenangkan pasien dan periksa napasnya		
2	Menilai pasien dengan melihat apakah wajah pasien ada yang tertarik sebelah/ tidak simetris, bisa tersenyum/ berbicara, mampu mengangkat tangan atau tidak.		
3	Pasien segera diantar ke rumah sakit lebih dari 3 jam setelah serangan		
4	Pasien diminta tidur telentang pada tempat tidur yang rata		
5	Jika pasien memakai gigi palsu, maka lepaskan terlebih dahulu gigi palsu		
6	Mengatur posisi kepala (direndahkan 30 ⁰)		
7	Memberi lingkungan yang nyaman agar pasien tidak jatuh		
8	Memberikan kesempatan pasien istirahat		
9	Menganjurkan pasien batuk		

Terima kasih atas partisipasi anda

Hasil Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan

[illegible]

[illegible]

Hasil SPSS Uji Validitas Kuesioner Variabel Perilaku

[illegible]

VAR00009	Pearson Correlation	-1.000**	-.333	-1.000**	-.333	-.333	-1.000**	-1.000**	-.333	1	-.333	-.754**
	Sig. (2-tailed)	.000	.072	.000	.072	.072	.000	.000	.072		.072	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00010	Pearson Correlation	.333	1.000**	.333	.333	1.000**	.333	.333	1.000**	-.333	1	.865**
	Sig. (2-tailed)	.072	.000	.072	.072	.000	.072	.072	.000	.072		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00011	Pearson Correlation	.754**	.865**	.754**	.488**	.865**	.754**	.754**	.865**	-.754**	.865**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.006	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Hasil uji rileabilitas kuesioner Pengetahuan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.983	30

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
VAR00001	.5000	.50855	30
VAR00002	.5000	.50855	30
VAR00003	.5000	.50855	30
VAR00004	.5000	.50855	30
VAR00005	.5000	.50855	30
VAR00006	.5000	.50855	30
VAR00007	.5000	.50855	30
VAR00008	.5000	.50855	30
VAR00009	.5000	.50855	30
VAR00011	.5000	.50855	30

VAR00012	.5000	.50855	30
VAR00013	.5000	.50855	30
VAR00014	.5000	.50855	30
VAR00015	.5000	.50855	30
VAR00016	.5000	.50855	30
VAR00017	.5000	.50855	30
VAR00018	.5000	.50855	30
VAR00019	.5000	.50855	30
VAR00020	.5000	.50855	30
VAR00021	.4667	.50742	30
VAR00022	.5000	.50855	30
VAR00024	.5000	.50855	30
VAR00025	.5000	.50855	30
VAR00026	.5000	.50855	30
VAR00027	.5000	.50855	30
VAR00028	.5000	.50855	30
VAR00029	.5000	.50855	30
VAR00030	.5000	.50855	30
VAR00031	.5000	.50855	30
VAR00032	.5000	.50855	30

Hasil Uji Rileabilitas kuesioner Perilaku

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.922	9

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
VAR00001	.5000	.50855	30
VAR00002	.5000	.50855	30
VAR00003	.5000	.50855	30
VAR00004	.9000	.30513	30
VAR00005	.5000	.50855	30

VAR00006	.5000	.50855	30
VAR00007	.5000	.50855	30
VAR00008	.5000	.50855	30
VAR00010	.5000	.50855	30

Lampiran 17. Lembar hasil Penelitian menggunakan program komputer

Normalitas Data

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pengetahuan Keluarga	Perilaku Keluarga
N		77	77
Normal Parameters ^a	Mean	14.88	4.86
	Std. Deviation	2.874	1.109
Most Extreme Differences	Absolute	.205	.365
	Positive	.205	.365
	Negative	-.185	-.264
Kolmogorov-Smirnov Z		1.800	3.200
Asymp. Sig. (2-tailed)		.003	.000
a. Test distribution is Normal.			

Statistics

		Pengetahuan Keluarga	Perilaku Keluarga
N	Valid	77	77
	Missing	0	0
Median		14.00	4.00
Std. Deviation		2.874	1.109
Variance		8.262	1.229
Range		14	4
Minimum		9	3
Maximum		23	7

Correlations

			Pengetahuan	Perilaku
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation Coefficient	1.000	.839**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	77	77
	Perilaku	Correlation Coefficient	.839**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	77	77

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Frequency Table Kuesioner Pengetahuan

P1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	41	53.2	53.2	53.2
	1	36	46.8	46.8	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	77	100.0	100.0	100.0

P3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	55	71.4	71.4	71.4

1	22	28.6	28.6	100.0
Total	77	100.0	100.0	

P4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	60	77.9	77.9	77.9
1	17	22.1	22.1	100.0
Total	77	100.0	100.0	

P5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	29	37.7	37.7	37.7
1	48	62.3	62.3	100.0
Total	77	100.0	100.0	

P6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	21	27.3	27.3	27.3
1	56	72.7	72.7	100.0
Total	77	100.0	100.0	

P7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	58	75.3	75.3	75.3
1	19	24.7	24.7	100.0
Total	77	100.0	100.0	

P8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	29	37.7	37.7	37.7
	1	48	62.3	62.3	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	20	26.0	26.0	26.0
	1	57	74.0	74.0	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	67	87.0	87.0	87.0
	1	10	13.0	13.0	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	42	54.5	54.5	54.5
	1	35	45.5	45.5	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	0	56	72.7	72.7	72.7
	1	21	27.3	27.3	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	7.8	7.8	7.8
	1	71	92.2	92.2	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	39	50.6	50.6	50.6
	1	38	49.4	49.4	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	12	15.6	15.6	15.6
	1	65	84.4	84.4	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	56	72.7	72.7	72.7
	1	21	27.3	27.3	100.0

P1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	41	53.2	53.2	53.2
	1	36	46.8	46.8	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	23	29.9	29.9	29.9
	1	54	70.1	70.1	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	23	29.9	29.9	29.9
	1	54	70.1	70.1	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	18	23.4	23.4	23.4
	1	59	76.6	76.6	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	0	6	7.8	7.8	7.8
	1	71	92.2	92.2	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	53	68.8	68.8	68.8
	1	24	31.2	31.2	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	45	58.4	58.4	58.4
	1	32	41.6	41.6	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P23

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	27	35.1	35.1	35.1
	1	50	64.9	64.9	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P24

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	54	70.1	70.1	70.1
	1	23	29.9	29.9	100.0

P1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	41	53.2	53.2	53.2
	1	36	46.8	46.8	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P25

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	41	53.2	53.2	53.2
	1	36	46.8	46.8	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P26

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	52	67.5	67.5	67.5
	1	25	32.5	32.5	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P27

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	63	81.8	81.8	81.8
	1	14	18.2	18.2	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P28

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	0	53	68.8	68.8	68.8
	1	24	31.2	31.2	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P29

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	59	76.6	76.6	76.6
	1	18	23.4	23.4	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P30

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	56	72.7	72.7	72.7
	1	21	27.3	27.3	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

Frequency Table kuesioner Perilaku

P1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	12	15.6	16.0	16.0
	1	63	81.8	84.0	100.0
	Total	75	97.4	100.0	
Missing	System	2	2.6		
Total		77	100.0		

P2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	72	93.5	93.5	93.5
	1	5	6.5	6.5	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	61	79.2	79.2	79.2
	1	16	20.8	20.8	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	18	23.4	23.4	23.4
	1	59	76.6	76.6	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	26	33.8	33.8	33.8
	1	51	66.2	66.2	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	61	79.2	79.2	79.2
	1	16	20.8	20.8	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1.3	1.3	1.3
	1	76	98.7	98.7	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	6.5	6.5	6.5
	1	72	93.5	93.5	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

P9



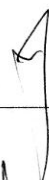





		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	61	79.2	79.2	79.2
	1	16	20.8	20.8	100.0

7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1.3	1.3	1.3
	1	76	98.7	98.7	100.0
	Total	77	100.0	100.0	





Lampiran 18. Lembar Jadwal Konsultasi

JADWAL KONSULTASI

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Dosen	Keterangan
1	Jumat, 31-08-2018	Topik yang mau dibahas/ diteliti		
2	Jumat, 07-09-2018	Penemuan tentang Peranginan awal stroke		
3	Jumat, 28-09-2018	Konsultasi Bab I		
4	Rabu, 19-11-2018	Konsultasi Bab II		
5	Jumat 30-11-2018	Konsultasi Bab III		
6	Senin 10-12-2018	Konsultasi Definisi Operasional		
7	Rabu 12-12-2018	Konsultasi Sampel		
8	Jumat 14-12-2018	Acc		
9				

Lampiran 18. Lembar Jadwal Konsultasi

JADWAL KONSULTASI

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Dosen	Keterangan
1	Jumat. 24/05-2019	Konsul Hasil Penelitian		
2	Senin. 27/05-2019	Konsul Bab I - VI		
3	Rabu. 29/05-2019	Konsul Bab IV + V dan Abstrak		
4	Jumat 31/05-2019	A.C.C. -		
5				
6				
7				
8				
9				


Lampiran 19. Lembar Catatan Hasil Konsultasi

CATATAN HASIL KONSULTASI

IBU FITRIA HANDAYANI, M. KEP. SP. KMB

Hari/ Tanggal : Jumat, 31-08-2018

Catatan : Mencari Jurnal tentang topik yg mau dibahas



FITRIA HANDAYANI

Hari/ Tanggal : Jumat, 07-09-2018


Catatan : Fenomena tentang penanganan awal stroke



FITRIA HANDAYANI

Hari/ Tanggal : Jumat, 28-09-2018

Catatan : Lanjut Bab II
(Defenisi stroke, prevalensi, Pemin keluarga dan Permingan awal)



FITRIA HANDAYANI

Lampiran 19. Lembar Catatan Hasil Konsultasi

CATATAN HASIL KONSULTASI

IBU FITRIA HANDAYANI, M.Kep, Sp. KMB

Hari/ Tanggal : Rabu, 14. 11 - 2018

Catatan : .. Penulisan gibenatan (spasi)
.. Variabel
.. Jurnal Internasional



FITRIA HANDAYANI

Hari/ Tanggal : Jumat, 30 - 11 - 2018


Catatan : .. Tambahkan Definisi Stroke menurut WHO (2013)
.. Perbaiki Definisi operasional dan
Data awal



FITRIA HANDAYANI

Hari/ Tanggal : Senin, 10 - 12 - 2018

Catatan : .. Buat Rumus untuk menghitung Score
.. Perbaiki klasifikasi Stroke



FITRIA HANDAYANI

Lampiran 19. Lembar Catatan Hasil Konsultasi

CATATAN HASIL KONSULTASI

IBU FITRIA HANDAYANI, M. kep. SP. KMB

Hari/ Tanggal : Rabu, 12-12-2018

Catatan :

Perbaiki kuesioner

FITRIA HANDAYANI

Hari/ Tanggal : Jumat, 14-12-2018

Catatan :

Ace


FITRIA HANDAYANI


Hari/ Tanggal :

Catatan :

Lampiran 19. Lembar Catatan Hasil Konsultasi

CATATAN HASIL KONSULTASI IBU FITRIA HANDAYANI, M.KP, SP. KMB


Hari / Tanggal	: Sem, 31-12-2018
Catatan	: Konsultasi Dosen untuk uji validasi keesponen.  FITRIA HANDAYANI


Hari / Tanggal	: Jumat, 09-01-2019
Catatan	:  Acc FITRIA HANDAYANI

Hari / Tanggal	:
Catatan	:

Lampiran 19. Lembar Catatan Hasil Konsultasi



CATATAN HASIL KONSULTASI BAPAK MUHAMMAD HASIB ARDANI, S.EP; M.Pes

Hari / Tanggal	: Rabu, 02 Januari 2019
Catatan	:  Perbaiki Definisi Operasional dan uji Validasi

Hari / Tanggal	: Kamis, 03 Januari 2019
Catatan	:  Acc

Hari / Tanggal	:
Catatan	:

Lampiran 19. Lembar Catatan Hasil Konsultasi

CATATAN HASIL KONSULTASI	
IBU Ns. YUNI DWI HASTUTI, S.kep ; m. kep	
Hari/ Tanggal :	Karolis , 03 Januari 2018
Catatan :	Kemngfa Teori, Kriteria Ekslusi, dan Kriteria Inklusi
 YUNI D.H	
Hari/ Tanggal :	Jumat, 04 Januari 2018
Catatan :	ACC
 YUNI D.H	
Hari/ Tanggal :	
Catatan :	


CATATAN HASIL KONSULTASI UJI EXPERT KUESIONER

IBU RITA HADI W, S.EP, M.Kep.SP.Kep.Kor

Hari/ Tanggal : Selasa, 26 Februari 2019

Catatan :


- Sebaiknya antara option benar dan salah komposisinya sama dan Peletakan option benar dan salah dibuat acak.
- ✓ tiap 1 Peranguman dibuat 1 Pernyataan
- Gunkan bahasa ✓ masyarakat umum
- Gunkan kalimat yg menggambarkan Perilaku.


- Rita

Hari/ Tanggal : Senin, 04 Maret 2019

Catatan :

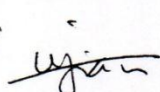
Jika dipilih ada 2 kondisi Pasien Seder dan tidak Seder untuk Peranguman awal diberikan sebaiknya ada 2
✓ Pasien yg seder dan ✓ Pasien tidak seder.


Rita

Hari/ Tanggal : Selasa, 05 Maret 2019

Catatan :

Peranguman Awal diberikan hanya untuk Pasien Seder.

Acc  ujian Kuesioner Uji Validasi


Rita

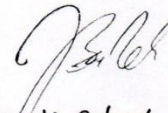
CATATAN HASIL KONSULTASI UJI EXPERT KUESIONER

BAPAK NS. ARIF BASUTI RAHMAT, S.Kep. MANP

Hari/ Tanggal : 12 February 2019

Catatan :

Gunakan Bahasa yg mudah dipahami



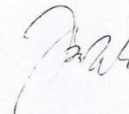
Ns. Arif Basuti Rahmat, S.Kep., MANP

Hari/ Tanggal : 09 Maret 2019

Catatan :

- Di Biotek Responen tidak boleh ada nama (inisial) dan Alamat.
- Masmy tabel distripsikan yg bisa dgn bahasa yg mudah dipahami.

Acc



Ns. Arif Basuti Rahmat, S.Kep., MANP

Hari/ Tanggal :

Catatan :

Lampiran 19. Lembar Catatan Hasil Konsultasi

CATATAN HASIL KONSULTASI

Hari/ Tanggal : Jumat, 24. 05. 2019

Catatan : .. Perbaiki Bab III . Jangan menggunakan
kalimat Proposal
.. Perbaiki Bab IV
.. Perbaiki Bab V



Hari/ Tanggal : Senin. 27 - 05. 2019

Catatan : .. Perbaiki Bab III, IV dan V
.. Tambahkan Saran untuk Peneliti Selanjutnya
.. Tambahkan jurnal yg mendukung
.. Lanjutkan Abstrak



Hari/ Tanggal : Rabu. 29 - 05. 2019

Catatan : .. Perbaiki Bab IV - V.
.. Perbaiki Abstrak.



CATATAN HASIL KONSULTASI

Hari/ Tanggal : Jumat , 31 - 05 - 2019

Catatan :

Ace



Hari/ Tanggal :

Catatan :

Hari/ Tanggal :

Catatan :

Lampiran 20 Waktu Pelaksanaan Penelitian

[illegible]